

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2020

Tanja Valkonen

PALLIATIIVISEN  
SYDÄNPOTILAAN HOITOKETJU  
ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA  
PERUSTERVEYDENHUOL-  
TOON

Tanja Valkonen

# PALLIATIIVISEN SYDÄNPOTILAAN HOITOKETJU ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA PERUSTERVEYDENHUOLTOON

WHO:n mukaan palliatiivisen hoidon tarpeessa olevista potilaista 39 % sairastaa sydän- ja verisuonitauteja. Sydänpotilaan palliatiivisen hoidon tarve tiedostetaan maailmanlaajuisesti, kuitenkin vain kourallinen potilaista ohjataan palliatiivisen hoidon piiriin. Palliatiivisen sydänpotilaan sairauden kulun ollessa aaltoileva, on loppuvaiheen hoidossa omat erityispiirteensä. Palliatiivisen sydänpotilaan hoidon haasteena ovat palliatiivisen hoidon aloituksen ajankohta, hoidon ennusteen epävarmuus, epäselvyys hoitavasta yksiköstä, hoitosuunnitelman puuttuminen, kommunikoinnin vaikeus potilaan, omaisen ja henkilökunnan välillä sekä palliatiivisen koulutuksen saaneen henkilökunnan puuttuminen. Sydänpotilaan saadessa moniammatillista palliatiivista hoitoa, sairaalassa olo jaksot vähenivät, oireiden hallinta sekä loppuelämän laatu parantui.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli luoda alueellinen palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun malli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalle Salon seudulle. Tarkoituksena oli selvittää palliatiivisen sydänpotilaan alueellisen hoitoketjun nykytilanne, tarkastella muiden erikoissairaanhoitopiirien ja perusterveydenhuollon yhdyspinnan palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjuja sekä laatia oheisiin hoitoketjuihin ja suosituksiin perustuva palliatiivisen sydänpotilaan alueellinen hoitoketjun malli erikoissairaanhoitopiiriin ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalle.

Kehittämisprojekti perustui STM ja Käypä hoito -suosituksiin sekä olemassa oleviin hoitoketjujen malleihin. Kehittämisprojektin tuotoksena valmistui sähköinen palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketju sekä alueellinen palliatiivinen sydänpotilaan hoitoketju. Kehittämisprojektin tuotos toimii pohjana tulevalle palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun muodostamiselle.

## ASIASANAT:

Palliatiivinen, hoitoketju, sydämen vajaatoiminta, sydänpotilas, hoitosuunnitelma

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-Being Management and Leadership in Health Care programme (Master's Degree)

2020 | 40 of pages

Tanja Valkonen

## PALLIATIVE CARDIAC PATIENT'S CARE CHAIN FROM SPECIALISED HEALTH CARE TO PRIMARY HEALTH CARE

According to the World Health Organization, WHO, 39 % of patients in need of palliative care suffer of cardiac and vascular diseases. The need for palliative care is acknowledged worldwide amongst cardiac patients but only a handful is admitted to palliative care. Due to the varying nature of a cardiac patient's health, the palliative care has its own unique features. Timing of palliative referral, the uncertainty of prognostic, ambiguity surrounding coordination of care, insufficient advanced care planning, inadequate communication between the patient's family and medical staff, and the insufficient training of the palliative care staff are challenges when trying to provide cardiac patients palliative care. When provided with multi professional palliative care, patient's hospitalizations declined, and symptom control and quality of life improved.

The goal of this development project was to create a regional palliative cardiac patient care chain model from specialised health care to the primary health care in Salo. The purpose was to map out current state of the regional palliative cardiac patients' in Salo, to study about the specialised health care and primary health care of palliative cardiac patient care chain and to compile an ideal model of care chain based on the guidelines and other regional palliative cardiac patient care chains.

The project is based on Finland's Ministry of Social Affairs and Health and Current Care's guidelines and on models of existing care chains. The final product of the development project was a model based on both palliative cardiac care chain and the regional palliative cardiac care chain. The upcoming palliative cardiac patient care chain will be based on the model of this development project.

### KEYWORDS:

Palliative care, care chain, heart failure, cardiac patient, advanced care plan

# SISÄLTÖ

<b>KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO</b>	<b>6</b>
<b>1 JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT</b>	<b>2</b>
2.1 Palliatiivinen hoito	2
2.2 Palliatiivinen sydänpotilas	3
2.3 Palliatiivisen sydänpotilaan hoitosuunnitelma	5
2.4 Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketju	6
2.5 Palliatiivisen sydänpotilaan hoitohenkilöstön ammattitaito	10
<b>3 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHTA</b>	<b>13</b>
3.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	13
3.2 Toimintaympäristön ja projektiorganisaation kuvaus	14
3.3 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	15
<b>4 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN</b>	<b>16</b>
<b>5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS</b>	<b>20</b>
5.1 Suositukseen perustuvan hoitoketjun muodostaminen	20
5.2 Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun nykytilanne ja kehittämistoimet Salossa	23
5.3 Sairaanhoidopiirien sydänpotilaan hoitoketjuja	25
<b>6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS</b>	<b>27</b>
6.1 Kehittämiprojektin tuotoksen tarkastelu	30
<b>7 KEHITTÄMISPROJEKTIN JOHTOPÄÄTÖS</b>	<b>31</b>
7.1 Kehittämiprojektin eettisyys ja luotettavuus	31
<b>8 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSIN JA TUOTOKSEN ARVIOINTI</b>	<b>34</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>36</b>

## KUVAT

Kuva 1. Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. (Ter- veysportti 20.3.2019.) .....	3
Kuva 2. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli. (STM 2019:14).....	9
Kuva 3. Palliative and end-of-life care for heart failure patients in an aging society. (Okumura ym. 2018).....	21

## KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen	19
Kuvio 2. Palliativisen sydänpotilaan hoitoketju.	28
Kuvio 3. Palliativisen sydänpotilaan alueellinen hoitoketju.	29

## KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

Lyhenne	Lyhenteen selitys
ESHP	Erikoissairaanhoidopiiri
PTH	Perusterveydenhuolto
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinninlaitos
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala
VSSH	Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri
WHO	World Health Organization

# 1 JOHDANTO

Jokaisella potilaalla tulisi olla yhdenvertainen oikeus laadukkaaseen sairautensa vaikeusasteen edellyttämään palliatiiviseen hoitoon niin kotona kuin sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Jotta tämä saadaan toteutettua tasa-arvoisesti, tulisi Suomessa muodostaa kattava palveluverkosto, jossa hoitoon ohjaus tapahtuu hoidon vaativuustason mukaan. Tämä edellyttää alueellisia palliatiivisen hoidon suunnitelmia sekä palveluketjuja. Palveluketjujen ja -tarjonnan lisäksi oheisissa suunnitelmissa tulisi olla kuvattuna lähete- ja konsultaatiokäytännöt, henkilöstön koulutussuunnitelma ja suunnitelmien toteutumisen seuranta sekä palveluohjauksen kuvaus. (STM 2019, 16.)

Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, järjestöjen ja yksityissektorin palveluiden tulisi olla asiakkaan näkökulmasta palvelukokonaisuus, jossa siirtyminen on joustavaa. Hoitoketjut perustuvat suosituksiin ja näiden tarkoituksena on turvata asiakkaalle hoito yli organisaatorajojen ja ammattiryhmien, edistää hoidon tarjoajien välistä yhteistyötä sekä selkiyttää hoidon saumatonta yhteistyötä ja porrastamista. Palliatiivisen hoidon integrointia on tarve kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään, jotta asiakkaan elämän loppuvaiheen hoito voidaan turvata kaikille asuinpaikasta riippumatta sekä hoito järjestettäisiin asiakkaan toiveet huomioiden ensisijaisesti siellä, missä asiakasta on muutoinkin hoidettu. (THL 2018.)

Palliatiivisen hoidon tarkoituksena on varmistaa, että potilas saa laadukasta hoitoa myös sen jälkeen, kun hoidon ennusteeseen ei voida enää vaikuttaa. Hyvin toteutetulla palliatiivisella hoidolla oireita pystytään lievittämään sekä lisäämään potilaiden ja omaisten tyytyväisyyttä. Tämä kuitenkin edellyttää tiivistä yhteistyötä ja selkeää työnjakoa kardiologisen erikoissairaanhoidon ja palliatiivista hoitoa tarjoavien yksiköiden välillä. (Sydämen vajaatoiminta: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Palliatiivisen hoidon tarve kasvaa jo ennen viimeisiä elinvuosia, koska vanhetessa ja kroonisten sairauksien edetessä toimintakyky heikkenee. Naiset menehtyvät keskimäärin 85,4 vuotiaina ja miehet 77,4 vuotiaina. Tämän hetkinen palliatiivisen hoidon saatavuus on alueellisesti epätasa-arvoista, koska palliatiivista hoitoa ei ole integroitu olemassa olevaan terveydenhuoltojärjestelmään. Jotta tasavertaisuus toteutuisi, tulisi palliatiivinen hoito integroida julkiseen terveydenhuoltoon ja palvelut porrastaa tarvelähtöisesti perustasoon ja erikoistuneeseen tasoon. (STM 2019, 14.)

## 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Palliatiivinen hoito

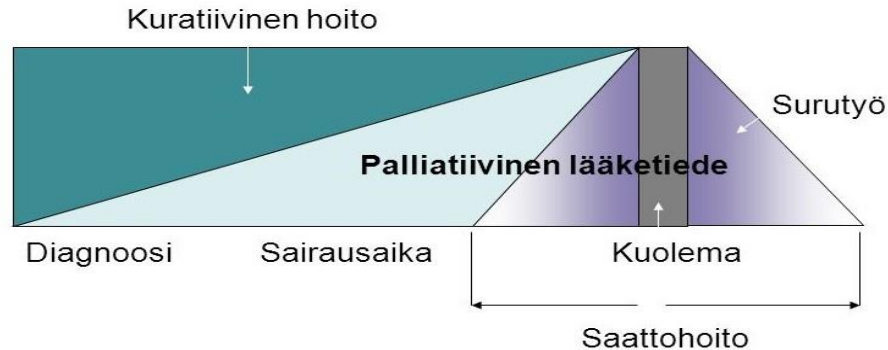
Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa, joka parantaa potilaan elämänlaatua (WHO 2014, 5). Palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun henkeä uhkaava tai kuolemaan johtava sairaus heikentää potilaan elämänlaatua ja aiheuttaa kärsimystä. Palliatiivisella hoidolla pyritään lievittämään sairauden aiheuttamaa fyysistä, sosiaalista, psyykkistä ja hengellistä kärsimystä sekä vaalimaan potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatua. (Saarto ym. 2015a.)

Palliatiivisella hoidolla autetaan potilasta elämään mahdollisimman aktiivisesti kuolemaansa asti sekä tuetaan läheisten selviytymistä potilaan sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. Palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan hoidon vaihe voi kestää jopa vuosia, sairaudesta riippuen. (Rimpiläinen & Akural 2007, 324.) Palliatiivista hoitoa annetaan koko sairausjatkumon ajan, jolloin potilaan oireita hoidetaan, mutta samalla vältetään epätarkoituksenmukaista kuolemanprosessin pitkittämistä (Tilvis & Antikainen 2015).

Kun potilasta hoidetaan kuolemaan johtavan sairauden vuoksi, tulisi palliatiivinen hoito aloittaa kuratiivisen eli aktiivisen hoidon rinnalle lievittämään oireita ja tukemaan potilasta sekä hänen läheisiään. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan kuratiivisen hoidon rinnalla annettu varhainen palliatiivinen hoito parantaa potilaiden elämänlaatua ja voi jopa pidentää elinaikaa. Palliatiivisen hoidon tarve kasvaa kroonisen kuolemaan johtavan sairauden edetessä. On kuitenkin hyvä ymmärtää, että kuratiivinen hoito ja palliatiivinen hoito ovat limittäistä toimintaa, jossa palliatiivisen hoidon osuus kasvaa asteittain, kunnes katsotaan, ettei sairauden kulkuun enää ole tarkoituksenmukaista vaikuttaa (kuva 1). Tällöin siirrytään oireenmukaiseen hoitoon tai tehdään elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelma, joka sisältää palliatiivisen hoidon. (Saarto ym. 2015b, 10.)



## Palliatiivinen hoito sairauden aikana



Kuva 1. Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. (Terveystalvortti 20.3.2019.)

Belgiassa 2016-2017 tehdyssä tutkimuksessa todettiin palliatiivisen hoidon rinnastettavan kuolemaan ja saattohoitoon. Palliatiivinen hoito aloitettiin kuratiivisen hoidon rinnalla vasta hoidon loppuvaiheessa, eikä suositusten mukaisesti jo kuratiivisen hoidon rinnalla alusta lähtien. Palliatiivisen hoidon liittäminen kuratiivisen hoidon rinnalle koettiin haasteelliseksi. Tutkimuksessa tuotiin esille palliatiivisen hoidon koulutuksen tärkeyden ja palliatiivisen hoidon merkityksen tiedostaminen kuratiivisen hoidon rinnalla. (Siouta ym. 2018.)

### 2.2 Palliatiivinen sydänpotilas

Maailmanlaajuisesti palliatiivisen hoidon tarpeesta olevista potilaista 39 % sairastaa sydän- ja verisuonitauteja ja 34 % sairastaa syöpää. Näistä 39 % sydän- ja verisuonitauteja sairastavasta potilaasta vain 14 % saa palliatiivista hoitoa (WHO 2014,14; Okumura ym. 2018.) Yleisimpiin sydän- ja verisuonisairauksiin kuuluvat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt (THL 2014). Sydämen vajaatoiminta on kliininen oireyhtymä, joka on kehittynyt erilaisten sydän- ja verenkiertosairauksien pohjalta. Yleisimmin sydämen vajaatoimintaa aiheuttavat sydäninfarkti, sepelvaltimotauti ja kohonnut verenpaine. (Saarto ym. 2015b, 494; Kettunen 2018; Pedrao ym. 2018.) Sydämen kroonisen vajaatoiminnan ilmaantuminen on vahvasti kytköksissä ikään ja joka kymmenes yli 75-vuotiaista sairastaa sydämen vajaatoimintaa. Arvioidaan, että vuonna 2030 yli 65-

vuotiaiden vajaatoimintapotilaiden määrä on 72 % nykyistä suurempi. (Nieminen & Strandberg, 2015; Kettunen 2018.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin digitaalisen potilasrekisterin pohjalta tehdyssä rekisteritutkimuksessa vuosien 2004-2013 välisellä ajalla todettiin sydämen vajaatoiminnasta kärsivistä potilaista 25 % kuolleen ensimmäisen vuoden aikana diagnoosin saamisesta. Seuraavan viiden vuoden aikana kokonaiskuolleisuus oli 63%. Tutkimuksessa havaittiin myös, että korkea ikä oli vahva ennuste sydämen vajaatoiminta potilaan kuolleisuudelle. Tutkimuksen perusteella sydämen vajaatoimintapotilaat kärsivät myös erilaisista liitännäissairauksista, joista yleisimmät olivat munuaisten vajaatoiminta, iskeeminen sydänsairaus, verenpainetauti, tyypin 2 diabetes, eteisvärinä, sydäninfarkti sekä pneumonia. (Huusko ym. 2019.)

Palliativisen hoidon saatavuus on parempaa syöpäsairauksissa kuin muissa kuolemaan johtavissa sairauksissa. Sydänpotilaan palliativisen hoidon tarve tiedostetaan maailmanlaajuisesti ja palliativista hoitoa olisi saatavilla, kuitenkin vain kourallinen potilaista ohjataan palliativisen hoidon piiriin. Osasyynä tähän on kardiologien haluttomuudesta tehdä palliativisia hoitolinjauksia sydänpotilaille. Englannissa vain 4 % sydämen vajaatoimintaa sairastavista potilaista sai asiantuntevaa palliativista hoitoa. (Cheang ym. 2014; Hawley 2017; Riley & Beattle 2017; Den Herder-van der Eerden ym. 2018.) Palliativista sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan sairaus aiheuttaa fyysistä ja psyykkistä oireilua, kuten hengenahdistusta, kipua, väsymystä, masennusta, ahdistusta ja anoreksiaa. Oheiset oireet aiheuttavat potilaalle ja myös hänen läheisilleen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä taakkaa ja näin elämän laatu kärsii huomattavasti. Myös sydämen iskevä tahdistin (ICD) voi aiheuttaa palliativisessa vaiheessa olevalle potilaalle kärsimystä. Palliativisessa vaiheessa ja iskevän tahdistimen aiheuttaessa kärsimystä, tulisi keskustella potilaan kanssa tahdistimen iskutoiminnan deaktivoinnista. Keskustelu iskutoiminnan deaktivoimisesta on vaikeaa kardiologeille ja muille lääkäreille, koska tämä merkitsee aktiivihoidosta siirtymistä lopullisesti palliativiseen ja loppuvaiheen hoitoon, myös potilas voi koeta haluttomuutta tähän. (O'Hanlon & Harding 2011; Cheang ym. 2014.)

Palliativisen sydänpotilaan sairauden kulku on aaltoileva, jolloin loppuvaiheen hoidossa omat erityispiirteensä. Palliativisen sydänpotilaan hoidon haasteena ovat hoidon ennusteen epävarmuus, palliativisen hoidon aloituksen ajankohta, epäselvyys hoitavasta yksiköstä, hoitosuunnitelman puuttuminen, kommunikoinnin vaikeus potilaan, omaisen ja

henkilökunnan välillä sekä palliatiivisen koulutuksen saaneen henkilökunnan puuttuminen. Tämän vuoksi hoitotiimiltä vaaditaan erityistä osaamista. Potilas ja hänen omaisensa tarvitsevat sairauden aikana ja pahenemisvaiheessa apua ja neuvontaa. (Hotokka 2017; Chow & Senderovich 2018.)

Englannissa 2019 tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että tieto hoitavasta tahosta ja hoidon jatkuvuudesta pienensi päivystyskäyntejä, sairaalajaksoja sekä selvensi potilaan toiveen loppuajan hoitopaikasta. Potilaat kokivat olonsa luottavaisiksi ja tuetuksi sairautensa kanssa. Tietämättömyys hoitavasta tahosta ja heikosta hoidon jatkuvuudesta aiheutti potilaalle viivästyksiä hoitoon pääsystä sekä rasitti psyykkisesti potilasta ja omaishoitajaa. Ilman hoitosuunnitelmaa ja tietoa hoitavasta tahosta potilaat kokivat olonsa haavoittuvaksi ja yksin jätetyksi. (Hudson ym. 2019.)

Epätietoisuus sairauden loppuvaiheen hoitovastuusta sekä puutteellinen apu johtaa toistuviin päivystyskäynteihin ja sairaalahoitajaksoihin, jotka puolestaan heikentävät potilaan ennustetta (Hotokka 2017). Palliatiivisilla sydänpotilailla onkin korkeammat päivystyskäynti määrät kuin palliatiivisilla syöpäpotilailla. Palliatiivisilla sydänpotilailla on päivystyskäyntejä ja osastojaksoja 15% enemmän sekä teho-osasto jaksoja 12 % enemmän kuin palliatiivisilla syöpäpotilailla. (Kavalieratos ym. 2017.) Tutkimukset osoittavat, että sydämen vajaatoimintapotilaan saadessa palliatiivista hoitoa, sairaalahoitajaksot vähenivät, oireiden hallinta sekä loppuelämän elämänlaatu parantui (Çamcı & Oğuz 2018).

### 2.3 Palliatiivisen sydänpotilaan hoitosuunnitelma

Terveydenhuollon kustannuksista 25 % aiheutuu elämän loppuvaiheen hoidosta ja 10 % viimeisten elinkuukausien hoidosta (STM 2017a.) Resurssien oikein kohdentamisen kannalta henkilökohtaisen hoitosuunnitelman tekeminen on perusteltua. Hoitosuunnitelman avulla potilaan ja hänen läheistensä huolet ja epävarmuudet saadaan esille avoimessa keskustelussa, jolloin hoitosuunnitelmasta sopiminen ja hoidon tavoitteiden ääneen sanominen luovat helpottavan ja luottavaisen tunteen potilaan sairauden hoidosta. (Okumura ym. 2018; Lehto ym. 2019.)

Sydämen vajaatoiminnasta kärsivät potilaat tarvitsevat merkittävästi apuja terveydenhuollolta kuoleman lähestyessä. Vaikeaa sydämen vajaatoimintaa sairastavien on osoitettu saavan sairaudestaan ja sen ennusteesta vähemmän informaatiota kuin esimerkiksi keuhkosityöpää sairastavat, eikä heillä ole samanlaisia mahdollisuuksia osallistua

päätöksentekoon sairautensa hoitolinjauksista. (Rimpiläinen & Akuzal 2007.) Hoitosuunnitelman ja -linjauksien puuttuminen aiheuttavat usein palliatiiviseen piiriin kuuluvalla potilaalle turhia hoitoja. Varsinaiset hoitolinjaukset tehdään usein vasta lähellä kuolemaa. Yhdysvalloissa vain 21,5 % sydämen vajaatoimintaa sairastavilla potilailla oli menehtyessään elvytyskielto -päätös (DNR). (Gelfman ym. 2017.)

Palliatiivisilla sydänpotilailla on usein monitahoisia oireita, joiden hoitaminen on vaikeaa ilman kunnollista hoitosuunnitelmaa. Potilaat kokevat usein hengenahdistusta, kipua, levottomuutta, masennusta, univaikeuksia ja väsymystä. Hengenahdistusta osataan hoitaa mm. nesteenpoistolääkkeillä, kuitenkin osa oireista alihoidetaan, näistä esimerkkinä kivun ja masennuksen hoito. (Gelfman ym. 2017.) Sydämen vajaatoimintapotilaan kanssa tulisi keskustella elämän loppuvaiheen hoitosuunnitelmasta viimeistään, kun potilaalla ilmenee hengenahdistusta tai rintakipua vähäisessä rasituksessa, vasemman kammion ejektiofraktio on alle 20%, systolinen verenpaineen on matala, toistuvat sairaalajaksot ja suonensisäiset hoidot sekä suuri natriureettisen peptidin (proBNP) pitoisuus veressä. (Lehto ym. 2019.)

#### 2.4 Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketju

Hoitoketjut ovat osa palvelukokonaisuutta, jossa otetaan vastuu potilaan hoidon järjestämisestä. Hoitoketjuissa kuvataan muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tehtävät ja työnjako sekä hoitoon osallistuvien avainhenkilöiden tehtävät. Hoitoketjun laatimisessa ja kehittämisessä tulee olla potilasnäkökulma sekä eri ammattilaisryhmien näkemys, jotta hoitoketjun laatiminen onnistuu ja hoitoketjusta tulee toimiva. Hoitoketjua tehtäessä on hyväksytyt hoitokäytännöt dokumentoitava, prosessikuvaus laadittava ja työnjaosta sovittava eri organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä. Hoitoketjua tehtäessä on määriteltävä hoitoketjusta vastaava henkilö, joka huolehtii ketjun päivityksestä sekä järjestää uusien työntekijöiden perehdytyksen ja koulutuksen. (Ketola 2006; Myllymäki 2006, 24.)

Syöpäpotilaat muodostavat palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta suurimman yksittäisen potilasryhmän. Tarve palliatiiviselle hoidolle on ilmeinen myös muissa kroonisissa sairauksissa, kuten esimerkiksi sydämen vajaatoiminnassa. (Saarto 2013.) Englannissa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että vain 7 % sydämen vajaatoiminnasta kärsivästä potilaista kuului palliatiivisen hoidon piiriin, vastaava luku syöpäpotilaalla oli 48 %. Tutki-

muksessa havaittiin myös, että sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat siirtyivät palliatiivisen hoidon piiriin huomattavasti myöhäisemmässä vaiheessa kuin syöpäpotilaat. (Gadoud ym. 2014.)

Palliatiivisten ja saattohoitoketjujen toimivuudessa ja osaamisen laadussa on suuria puutteita. Osasyynä tähän on, että Suomessa saattohoitoa ei ole liitetty systemaattisesti osaksi julkista terveydenhuoltoa. (Saarto 2013.) Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, järjestöjen ja yksityissektorin palveluiden tulisi olla asiakkaan näkökulmasta palvelukokonaisuus, jossa siirtyminen on joustavaa. Hoitoketjut perustuvat suosituksiin ja näiden tarkoituksena on turvata asiakkaalle hoito yli organisaatorajojen ja ammattiryhmien, edistää hoidon tarjoajien välistä yhteistyötä sekä selkiyttää hoidon saumatonta yhteistyötä ja porrastamista. Hoitoketjut tukevat vakiintuessaan ammattilaisten päätöksentekoa ja tehostavat viestintää potilasta hoitavien kesken. Hoitoketjujen toimiessa saumattomasti potilaiden luottamus hoidon sujumiseen parantuu ja ammattilaiset kokevat hallitsevansa oman työnsä paremmin. Palliatiivisen hoidon integrointia on tarve kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään, jotta asiakkaan elämän loppuvaiheen hoito voidaan turvata kaikille asuinpaikasta riippumatta sekä hoito järjestettäisiin asiakkaan toiveet huomioiden ensisijaisesti siellä, missä asiakasta on muutoinkin hoidettu. (Ketola ym. 2006; THL, 2018.)

Jokaisella potilaalla tulisi olla yhdenvertainen oikeus laadukkaaseen sairautensa vaikeusasteen edellyttämään palliatiiviseen hoitoon niin kotona kuin sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Jotta tämä toteutuisi tasa-arvoisesti, tulisi muodostaa väestöön suhteutettu kattava palveluverkosto, jossa hoitoon ohjaus tapahtuu hoidon vaativuustason mukaan. Tämä edellyttää alueellisia palliatiivisen hoidon suunnitelmia sekä palveluketjuja. Palveluketjujen ja -tarjonnan lisäksi suunnitelmissa tulisi olla kuvattuna lähete- ja konsultaatiokäytännöt, henkilöstön koulutussuunnitelma ja suunnitelmien toteutumisen seuranta sekä palveluohjauksen kuvaus. (STM 2019, 16.)

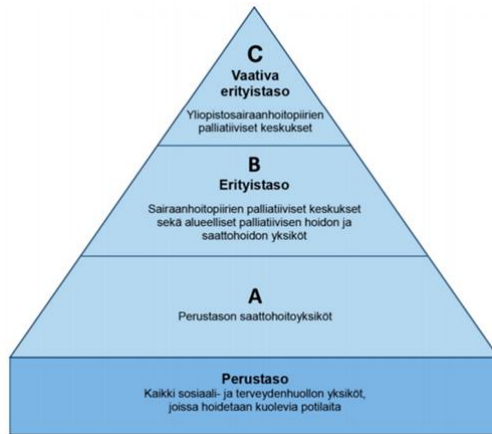
Hoitoketjujen kehittämisen tavoitteena on, että asiakas siirtyy palvelusta toiseen saumattomasti niin, että asiakasta koskeva tieto jaetaan asiakkaan kanssa työskentelevien ammattilaisten kesken. Saumattoman hoitoketjun toimivuuden edellytys ja yleisin tavoite ovat moniammatillisen ja organisaatorajat ylittävä yhteistyön parantaminen, hoidon jatkuvuuden takaaminen, perusterveydenhuollon aseman vahvistaminen ja hoito- ja palvelukokonaisuuden laadun parantaminen. Hoitoketjujen keskeisiksi elementeiksi määritellään asiakkaan ja ammattilaisten yhteistyönä laatima hoitosuunnitelma, saattaen vaihtaminen, vastuun siirtyminen ja ketjun koordinaatio. Ketjussa on tavallisesti jokin ennalta

suunniteltu rakenne. Palvelu on vertikaalisesti integroitu, kun asiakas liikkuu saumattomasti perus- ja erikoistason palvelujen välillä. Asiakkaan siirtyessä perus- ja erikoistason palvelujen välillä korostuu erityisesti tiedon siirtymisen merkitys. Tiedonsiirtymistä varmentaa esimerkiksi koordinoiva työntekijä ja palveluita yhdistävä palvelusuunnitelma (Tanttu 2007, 80-81; Frankenstein ym. 2015; Koivisto ym. 2016, 16, 21.) Hoitoketjuissa kuvataan mukana olevien osapuolien tehtävät ja vastuut. Hoitovastuu jakautuu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kesken eri tavalla riippuen siitä, kenen päätökset ovat ratkaisevia hoidon kannalta ja missä potilaan hoitoa jatkossa eniten käsitellään. Monisairaiden potilaiden kohdalla on tärkeää, että hoitava taho hallitsee potilaan hoidon kokonaisuuden koordinoimalla hoitoa yhteisymmärryksessä potilaan itsensä kanssa. Yleensä tällöin hoitavana tahona on perusterveydenhuollon lääkäri. Hoitoketjun tehtävänä on määritellä hoitoon osallistuvien tahojen tehtävät. (Ketola ym. 2006.)

STM suosituksen mukaan palliatiivisen hoidon palveluketjujen eritasoiset palvelut tulee olla kaikkien saatavilla tarvelähtöisesti. Palveluketjut tulee suunnitella sairaanhoitopiireittäin ja niiden toimintaa koordinoi sairaanhoitopiirin palliatiivinen keskus. Sairanhoitopiirin palliatiivisen palveluketjun hoitoon sitoutuvat sosiaalitoimen ja terveydenhuollon loppuvaiheen hoitoa tarjoavat yksiköt ovat vastuussa palliatiivisesta hoidosta kaikkina vuorokauden ja viikonpäivien aikoina. (STM 2019a, 17-18.)

Erikoissairaanhoidon tehtävänä on huolehtia potilaidensa laadukkaasta hoidosta, mikä tarkoittaa palliatiivisen hoidon varhaista integrointia eri sairauksien hoitoon. Perusterveydenhuollon tehtävänä on puolestaan vastata saattohoidosta ja osasta palliatiivisesta hoidosta. Norjassa on käytössä kolmiportainen malli, jota on suunniteltu myös Suomen käyttöön. Mallissa perusterveydenhuoltoon keskitetään erityistason palliatiivista hoitoa. Tämän perusteella perusterveydenhuoltoon tarvitaan alueellisia saattohoito-osaamiskeskittyviä, jotka vastaavat oman alueensa erityistason hoidosta ja konsultaatiopalveluista (Saarto 2015b, 573-574.)

STM julkaisi joulukuussa 2017 asiantuntijatyöryhmän suosituksen saattohoidon ja palliatiivisen hoidon järjestämisen laatu- ja osaamiskriteereistä. Tämä suositus perustuu kolmiportaiseen malliin, jossa hoito jaetaan perustason, erityistason ja vaativan erityistason kesken (Kuva 2). Tarkoituksena on yhtenäistää käytäntöjä ja mahdollistaa palliatiivinen hoito ja saattohoito niitä tarvitseville potilaille riippumatta asuinpaikasta ja hoitavasta tahosta. (STM 2019, 10.)



Kuva 2. Palliativisen hoidon ja saattohoidon kolmiportainen malli. (STM 2019:14)

Perustason muodostavat terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastot, kotihoidon yksiköt, vanhainkodit sekä muut ympärivuorokautisen hoidon yksiköt, jotka eivät kuulu ABC-tason yksiköihin. Perustasolla ammattihenkilökunnan tulee hallita palliativisen hoidon ja saattohoidon perusteet sekä osata tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma ja saattohoitopäätös. (STM 2019, 17.)

A-tason muodostavat yksiköt, joissa saattohoitoa on kehitetty muun toiminnan ohessa. Saattohoito on huomioitu henkilömitoituksessa, koulutuksessa ja toimintaympäristössä. (STM 2019, 17.)

Erityistasoon kuuluvat palliativisen hoidon ja saattohoidon yksiköt, kuten saattohoito-osastot, kotisairaalan saattohoitopaikat tai saattohoitokodit, palliativiset poliklinikat sekä konsultaatiotiimit. Erityistasolla henkilökunta on palliativiseen ja saattohoitoon erityiskoulutettuja sekä palliativinen hoito sekä saattohoito on pääasiallinen toimi. Suositeltava väestöpohja on vähintään 30 000 - 50 000 asukasta, jotta yksikössä on riittävä potilasmäärä laadun ja osaamisen varmistamiseksi. (STM 2017b & STM 2019, 18.)

Vaativan erityistason muodostavat yliopistosairaanhoitopiirien palliativiset keskuksset. Palveluihin kuuluvat muun muassa vaativan avohoidon palliativinen poliklinikka, palliativinen vuodeosasto, saatto-osasto, psykososiaalisen tuen yksikkö tai saattokoti sekä vaativaan palliativiseen hoitoon ja saattohoitoon erikoistunut kotisairaala. (STM 2017b.)

## 2.5 Palliatiivisen sydänpotilaan hoitohenkilöstön ammattitaito

Palliatiivisen hoidon suosituksissa ja ohjausdokumenteissa painotetaan riittävän palliatiivisen hoidon koulutuksen järjestämisestä terveydenhuollon ammattihenkilöille sekä osaamisen vahvistamisesta kaikissa hoitoon osallistuvissa henkilöstöryhmissä. Moniammatillinen yhteistyö tulee huomioida kaikkien ammattiryhmien koulutuksessa. Verkostoitumalla, hyvien käytänteiden jakamisella sekä tiiviillä ja joustavalla yhteistyöllä palliatiivisen hoidon eri tasojen kanssa mahdollistetaan jatkuva työssäoppiminen. (STM 2017a.)

Sydänpotilaiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten on hyvä ymmärtää ja hyväksyä palliatiivisen hoidon periaatteet ja palliatiivisten ammattilaisten on hyvä tuntee myös uusinta kardiologista teknologiaa (Tilvis & Antikainen 2015). Palliatiivisen hoidon ammattilaiselta vaaditaan taidokasta kommunikointikykyä potilaan ja omaisten kanssa keskusteltaessa potilaan sairauden loppuvaiheen hoidosta. Potilaan tulisi saada valita, että hoidetaanko häntä sairaalassa, saattohoidossa vai kotona elämän viime hetkinä. Palliatiivisen hoidon ammattilainen osaakin neuvoa potilasta loppuvaiheen hoidon mahdollisuuksista ja tarjota henkistä apua ja tukea. (Tansey 2010; LeMond & Allen 2011.)

Sydämen vajaatoimintapotilaan sairaus vaikuttaa laajalti potilaan ja hänen läheistensä elämään. Sairauden huononemisvaiheen aikana sydänpotilas ja hänen omaisensa heräävät ajattelemaan mahdollista edessä olevaa sairauden etenemistä ja kuolemaa. Tässä vaiheessa hoitohenkilöstöllä tarjoutuu mahdollisuus keskustella potilaan tulevaisuuden hoidosta ja toiveista, kun potilaalla on itsellään mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Tämän vuoksi sairaanhoitajan tulisi olla mukana ohjauksessa jo hoitoprosessin alkupuolella, jotta moniammatillisella ohjauksella pystytään lievittämään oireita, vähentämään sairaalakäyntejä ja parantamaan ennustetta. Sydänpotilaan ohjaus alkaa sairaalahoitajakson aikana, ja tämän tulisi jatkua saumattomasti avoterveydenhuollossa. Ohjaukseen osallistuvalla sairaanhoitajalla tulee olla riittävä kokemus ja hyvät tiedot sydänpotilaiden hoidosta sekä kyky itsenäiseen työskentelyyn. Sairanhoitajan antama tuoksellinen ohjaus edellyttää asiantuntemusta, joustavuutta, yhteistyö- ja opetustaitoa ja mutkatonta yhteistyötä terveydenhuollon eri tahojen välillä. (Partanen & Lommi 2006; LeMond & Allen 2011; Price & Jones 2013.) Sydänpotilaiden hoitoon erikoistuneet hoitajat ovat avainasemassa palliatiivisten sydänpotilaiden hoidossa. Hoitajien tehtävänä on opettaa sydänpotilaita ja heidän läheisiään sairauden oireista ja niiden hallitsemisesta sekä antaa neuvoja ja tukea sairauden edetessä. Sydänpotilaiden hoitoon erikoistuneet hoitajat tarkkailevat tarkkaan potilaitaan oireita sekä lääkitystä ja tarvittaessa titraavat



lääkeannoksia oireiden vaatimalla tavalla. Tämän tarkoituksena on estää turhat sairaalakäynnit ja antaa hyvää elämän laatua sydänpotilaille. (O'Hanlon & Harding 2011; Price & Jones 2013; Brennan 2018.)

Hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa, että terminaalivaiheessa olevat potilaat hyötyvät palliatiivisesta lähestymistavasta sydämen vajaatoiminnan hoidossa. Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon erikoistuneet sairaanhoitajat ovat yleensä tärkeässä roolissa hoitaessaan potilaita. Nämä sairaanhoitajat toimivat usein moniammatillisen ryhmän koordinaattoreina, jolloin sydämen vajaatoimintapotilas saa yksilöityä hoitoa sairautensa etenemisen perusteella. Sairaanhoitajan koordinoiman moniammatillisen hoidon avulla muun muassa potilaan osastojaksoja saatiin vähennettyä. (Ivany 2015, 351-352.)

Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoon erikoistuneet sairaanhoitajat ovat erityisessä asemassa potilaan hoidon loppuvaiheen oireilun helpottamisessa. Sairaanhoitajan antamalla ohjauksella pyritään lisäämään potilaan tietoja sydämen vajaatoiminnan syntymekanismista, oireista, hoitomenetelmistä sekä niiden vaikutuksista ja itsehoidon merkityksestä. Sydänpotilaan hoidon seurannassa kiinnitetään huomiota sydänsairauden etenemiseen, liitännäissairauksien vaikutuksiin ja hoitomyöntyvyyteen. Ohjauksen ja hoidon onnistumiseen vaikuttavat potilaan kyky ottaa tietoa vastaan, sairaalahoitajakson kesto sekä omaisten aktiivisuus. Potilaat ovat monesti iäkkäitä sekä sairauksiltaan ja muistiltaan hyvin erilaisia, jonka vuoksi ohjausta tulee mukauttaa ja jaksottaa heidän tarpeidensa ja omaksumiskykynsä mukaan. Vajaatoiminnan hoitoon perehtyneen sairaanhoitajan antamalla potilasohjauksella voidaan vähentää uusien sairaalahoitojen tarvetta ja parantaa potilaiden elämänlaatua. Vajaatoimintapotilaan onnistunut ohjaus ja ongelmien nopea havaitseminen säästävät sairaalakustannuksia ja potilaan päivystyskäynnejä. (Partanen & Lommi 2006; Spilsbury ym. 2017; Brennan 2018.)

Vuonna 2008 Englannin Sheffieldissä perustettiin sairaanhoitajan johtama sydämen vajaatoimintapotilaan klinikka. Klinikalla työskentelevät sairaanhoitajat ovat erikoiskoulutautuneita sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoon. Vuonna 2012 klinikalla suoritettiin tutkimus, jossa potilailta kysyttiin kokemuksia klinikan toiminnasta. Tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa hoitoonsa. Potilaat kokivat tärkeäksi, että klinikan sairaanhoitaja oli alansa ammattilainen ja näin kykeni ohjaamaan ja tukemaan potilasta vaikeassa elämän tilanteessa. Mahdollisuus keskustella sairauteen kuuluvista asioista auttoi parantamaan potilaan elämänlaatua ja sairauteen vaikuttavien elämisen tapoja. Tutkimuksessa korostui sairaanhoitajan ja potilaan välisen kommunikoinnin ja keskinäisen ymmärryksen tärkeys. Tutkimuksessa tuli esiin myös potilaita

askarruttavia asioita ja toiveita hoidon järjestämisen suhteen. Yhtenä toiveena oli saada sairaanhoitajien kotikäyntejä vastaanotolla käynnin sijasta. Potilaat toivoivat myös tapamista lääkärin kanssa, vaikka tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että myös sairaanhoitajan antamat palvelut lievittivät ahdistuneisuutta ja tiedon janoa sairaudesta. Potilaat toivoivat mahdollisuutta keskustella klinikkakäynnin yhteydessä sairautensa ennusteesta sekä mahdollisesta loppuvaiheen hoidosta. Loppuvaiheen hoidosta keskustelu ja hoitosuunnitelman tekeminen koettiin haastavaksi ja kehittämisen kohteeksi. (Drewry ym. 2012, 180-183.)

Ivany (2015, 350-352) kirjallisuuskatsauksessa havaittiin myös, että potilaat kokivat saaneensa heikosti tietoa sydämen vajaatoiminnan syistä, oireista ja haasteista. Tiedon ollessa vajavaista potilas koki epävarmuutta ja ahdistusta. Koska potilaan ymmärrys omasta sairaudestaan ja sairauden kulusta oli vajavaista, vaikeutti tämä keskustelua palliatiivisesta hoidosta. Palliatiivisen hoidon ja kommunikoinnin onnistuessa potilas hyötyi selkeästi hoidosta. Tämä kuitenkin vaati hoitajalta ammattitaitoa tunnistaa sairauden aiheuttamat oireet sekä taitoa kommunikoida vaikeassa tilanteessa olevan potilaan kanssa.

## 3 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHTA

### 3.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Palliatiivinen hoito on yleensä yhdistetty syöpäpotilaiden hoitoon, vaikka sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat potilaat tarvitsevat yhtä lailla palliatiivista hoitoa (Çamcı & Oğuz 2018). Suomessa kuolemaan johtavista sairauksista 36 prosenttia johtui verenkiertoelinten sairauksista ja 24 prosenttia kasvaimista (STM 2019, 14). Sydän- ja verisuonisairauksia sairastavien palliatiivisen hoidon tarve tiedostetaan maailmanlaajuisesti, kuitenkin vain kourallinen potilaista ohjataan palliatiivisen hoidon piiriin. Esimerkiksi Englannissa vain 4 % sydämen vajaatoiminta potilaista saa asiantuntevaa palliatiivista hoitoa. (Riley & Beattle 2017.) Tutkimukset osoittavat, että sydämen vajaatoiminta potilaan saadessa palliatiivista hoitoa, sairaalajaksot vähenivät, oireiden hallinta sekä loppuelämän elämän laatu parantuivat (Çamcı & Oğuz 2018).

Tämän hetkinen palliatiivisen hoidon saatavuus on Suomessa alueellisesti epätasa-arvoista, koska palliatiivista hoitoa ei ole integroitu olemassa olevaan terveydenhuoltojärjestelmään. Jotta tasavertaisuus toteutuisi, tulisi palliatiivinen hoito integroida julkiseen terveydenhuoltoon ja palvelut porrastaa tarvelähtöisesti perustasoon ja erikoistuneeseen tasoon. (STM 2019, 14.)

Salon kaupungin terveystieteiden keskus sairaalassa maaliskuussa 2019 aloittanut palliatiivinen poliklinikka keskittyy palliatiivisten syöpäpotilaiden hoitoon. Myös palliatiivisilla sydän- ja verisuonisairauksia sairastavilla sydänpotilailla on tarve saada keskitettyä hoitoa sairautensa hoitoon. Jotta sydänpotilas saadaan siirrettyä turvallisesti erikoissairaanhoidopiiristä perusterveydenhuollon piiriin, tulee tätä varten luoda saumaton hoitoketju. Tämän kehittämiprojektin tarkoituksena oli selvittää palliatiivisen sydänpotilaan alueellisen hoitoketjun nykytilanne, tarkastella muiden sairaanhoidopiirien palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjuja ja laatia suosituksiin perustuva alueellinen sähköinen hoitoketjun malli jatkohyödynnettäväksi Salon alueella erikoissairaanhoidopiiriin ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalla.

### 3.2 Toimintaympäristön ja projektiorganisaation kuvaus

Salon kaupungin terveystieteiden keskuksessa annetaan ympärivuorokautista sairaanhoitoa ja hoivaa sekä päivittäistä kuntoutusta. Osastoja on kolme, joista osasto 1 on erikoistunut neurologisten kuntoutuspotilaiden ja tulehdustautien hoitoon ja osasto 2 palliatiivisen hoidon ja saattohoidon lisäksi ortopedisten potilaiden kuntoutukseen. TK5 Geriatricsissä arviointiyksikössä hoidetaan sekä kuntoutetaan yli 65-vuotiaita psyko-/somaattisesti oireilevia potilaita. Osastojen lähiesimiehenä toimii osastonhoitaja ja heidän esimiehenään toimii hallinnollinen osastonhoitaja. (Salo 2019.)

Salon kaupungin terveystieteiden keskuksen osastolla 2 toimiva palliatiivinen ja saattohoitoyksikkö täyttää erityistaso B saattohoidon porrastustason. Palliatiivisia ja saattohoitopotilaita hoitaa oma hoitotiimi, joka on siihen lisä- ja erikoiskoulutautunut. Osastolla toimivilla lääkäreillä on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys sekä pitkä työkokemus saattohoidosta. (Salo 2019.)

Salon kaupungin terveystieteiden keskuksen palliatiivinen poliklinikka tekee läheistä yhteistyötä kotisairaalan, Salon terveystieteiden keskuksen osastolla 2 toimivan palliatiivisen ja saattohoitoyksikön, sekä muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Salon kaupungin kotisairaala toimii koko Salon alueella. Kotisairaala hoitaa akuutteja, lyhytaikaisia ja tehostetun sairaanhoidon tarpeessa olevia potilaita lääkärin läheteellä. Kotisairaala tarjoaa myös saattohoitoa potilaan omassa kodissa. (Salo 2019.)

Tyks Salon sairaala tarjoaa erikoissairaanhoidon palveluja lähialueelleen. Sairaalassa on poliklinikka- ja vuodeosastotoimintaa kirurgian ja sisätautien erikoisaloilla. Tyks Salon sydänpoliklinikka tarjoaa asiantuntevaa sydänpotilaan hoitoa lähellä potilasta. (TYKS 2019.)

TYKS Sydänkeskus ja Varsinais-Suomen Sydänpiiri ovat vuonna 2017 yhteistyössä luoneet alueellisen sydänhoitajaverkoston, johon kuuluu edustajia perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, yksityissektorilta, koulutusorganisaatiosta ja järjestöstä. Verkoston tarkoituksena on edistää sydänpotilaan hoito- ja palveluketjua hoitotyön keinoin. Oheisen yhteistyön toteuttamiseksi käynnistettiin Varsinais-Suomen Sydänpiirin ja TYKS sydänkeskuksen yhteistyöprojekti (9/2018 – 6/2019) sydänhoitajaverkoston kehittämiseksi. Projektin tavoitteena oli sydänhoitajaverkoston kehittäminen ja yhteisöllisyyden rakentaminen, sydänpotilaan yhteneväisen elintapaohjauksen jatkuvuuden turvaaminen ja sydänjärjestön toiminnan tunnettavuuden lisääminen. (Paavilainen ym. 2019.)

Tämän projektin kautta kehitettiin Salon alueen sydänhoitajaverkostoa. Salon perusterveydenhuoltoon nimettiin sydänhoitajia, joihin ammattilaiset sekä jatkossa myös potilaat voivat olla yhteyksissä hoidon jatkuvuuden osalta. Oheiset sydänhoitajat perusterveydenhuollon puolelta sekä Salon TYKS sydänpoliklinikan sydänhoitajat ovat olleet osa tämän kehittämisprojektin projektiorganisaatiota. Yhteisillä tapaamisilla on kehitetty sydänpotilaan hoidon nykytilaa, hoitoprosessia ja samalla luotu mahdollisuus palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun luomiseen Turun yliopistollisen keskussairaalan ja Salon kaupungin terveyskeskussairaalan välille.

### 3.3 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämisprojektin tavoitteena oli luoda alueellinen palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun malli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalle Salon seudulle.

Tarkoituksena oli selvittää palliatiivisen sydänpotilaan alueellisen hoitoketjun nykytilanne, tarkastella muiden erikoissairaanhoidopiirien ja perusterveydenhuollon yhdyspinnan palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjuja sekä laatia oheisiin hoitoketjuihin ja suosituksiin perustuva palliatiivisen sydänpotilaan alueellinen hoitoketjun malli erikoissairaanhoidopiirin ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalle.

## 4 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

Kehittämiprojektin prosessin lähtökohtana on kehittämiskohteen tunnistaminen. Kehittämiprojekti kohdentuu yleensä työelämän kehittämiseen ja tarkoituksena on saada aikaan jonkinlainen muutos. Kehittämiprojektia suunniteltaessa on hyvä pysähtyä pohtimaan mitä projektilta odotetaan, näin tunnistetaan mahdolliset tavoitteet. (Ojasalo ym. 2015, 24.) Tämän kehittämiprojektin aihe saatiin Salon kaupungin terveystieteiden osastonhoitajalta. Salon kaupungin terveystieteiden sairaalan hallinnolliselta osastonhoitajalta. Salon kaupungin terveystieteiden sairaalassa nähtiin tarve kehittää palliatiivisen sydänpotilaan hoidon jatkuvuutta. Nähtiin tarve selvittää, miten palliatiivisen hoidon piirissä olevat sydänpotilaat tunnistetaan, miten heidät ohjataan terveystieteiden sairaalan hoidon piiriin ja mitkä ovat palliatiivisen sydänpotilaan hoitohenkilökunnan osaamisvaatimukset.

Kehittämiskohteen tunnistamisen ja tavoitteiden määrittämisen jälkeen perehdytään aiheeseen teoriassa ja käytännössä. Kehittämiprojektin tavoitteena on tuottaa työelämään hyödyllisiä muutoksia, tämän vuoksi aikaa ja resursseja tulisi suunnata prosessin loppuvaiheeseen. (Ojasalo ym. 2015, 24-25.) Kehittämiprojektin aiheen saamisen jälkeen tutustuttiin alan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Palliatiivista hoitoa koskevaa kirjallisuutta ja tutkimuksia löytyi niin suomen- kuin englanninkielellä. Suomenkielinen kirjallisuus perehtyi ensisijaisesti palliatiivisen syöpäpotilaan hoitoon. Tutkimuksia palliatiivisen sydänpotilaan hoidosta löytyi suomenkielessä niukasti, joten tutkimuksien ja artikkeleiden hakua laajennettiin käsittelemään englannin kieltä. Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoa ja hoidon saamattomuutta on tutkittu laajalti maailmanlaajuisesti. Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoa on aloitettu useissa maissa kehittämään tutkimusten perusteella, joten palliatiivisen sydänpotilaan hoidon kehittämiseen löytyi tarve myös Suomessa.

Kehittämiprojektissa on tärkeää raportoida osallisille etenemisestä koko prosessin ajan. Raportoinnin tarkoituksena ei ole vain kuvata kehittämiprojektia, vaan viedä sitä koko ajan eteenpäin. Raporttien avulla on mahdollista synnyttää keskustelua ja saada palautetta liittyen kehittämiseen. (Ojasalo ym. 2015, 24-25.) Projektiryhmä muodostuu pääsääntöisesti projektiin nimetyistä asiantuntijoista, joilla jokaisella on oma rooli ja tehtävä. Projektin johtaminen ja itse vastuu on projektipäälliköllä. Projektiorganisaation koko ja rakenne voi vaihdella projektin eri vaiheiden mukaan. Projektissa mukana olevat henkilöt suorittavat tiettyä tehtävää, ja kun työ on tehty he siirtyvät muihin tehtäviin. (Ruuska 2006, 25-26.) Tämän projektin edetessä projektiryhmään on kuulunut kehittämiprojektin

mentori, perusterveydenhuollon ylilääkäri ja osastolääkäri sekä Salon alueen sydänhoitajaverkoston jäsenet. Projektiryhmä on vaihtunut ja muuttunut työn edetessä muun muassa projektiorganisaatioon kuuluneiden työnkuvan muuttuessa toisenlaiseksi. Oheiset muutokset eivät kuitenkaan ole estäneet kehittämisprojektin etenemistä, sillä vastuu työn etenemisessä oli kuitenkin ensisijaisesti projektipäälliköllä. Projektiorganisaation vaihtuminen on tuonut työn edetessä eteen haasteita, mutta samalla myös uusia näkökulmia työn valmistumiseen.

Kehittämisprojektia tehdään usein yhdessä projektiryhmän kanssa, vaikkakin kehittämisprojektia tehdessä usein korostuu myös itsenäisyys. Kehittämisprojektia tekevä joutuukin panostamaan itsenäiseen tiedonhakuun, itsensä johtamiseen sekä arvioivaan ja tavoitteelliseen työskentelytapaan. (Ojasalo ym. 2015, 15.) Tämän projektin tavoitteena oli luoda palliatiivisen sydänpotilaan alueellisen hoitoketjun malli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalle Salon alueella. Jotta palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketju on saumaton, tulee oheinen hoitoketju suunnitella tarkkaan perustuen STM (2010, 2017a, 2019, 2019a) ja Käypä hoito (2017, 2019) -suositukseen ja jo valmiina oleviin hoitoketjuihin peilaten sekä erityispiirteisiin vastaten. Kehittämisprojektin perusteessa suositukseen varsinainen työ tehtiin projektipäällikön toimesta itsenäisesti projektiryhmän tavoitteita ja toiveita kunnioittaen.

Kehittämisprojektissa korostuvat suunnittelu sekä suunnitelman mukaisen etenemisen hallinta. Kehittämisprojektissa raportoidaan usein kuvaamalla kehittämisen lähtökohdat ja tavoitteet, prosessin eteneminen sekä lopputulos. (Ojasalo ym 2015, 20.) Tämän projektin eteneminen on kuvattu Kuviossa 1. Suunnittelu aloitettiin kehittämisprojektin aiheen saamisen jälkeen. Aiheen perusteella tehtiin kirjallisuuskatsaus, johon työ perustuu ja joka määritteli kehittämisprojektin tarpeellisuuden. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin tyypillisiä kehittämisprojektissa käytettäviä lähdeaineistoja, kuten aihealueeseen keskittyvää kirjallisuutta sekä kansainvälisten tieteellisten lehtien julkaistuja tutkimusartikkelia. Ojasalo ym. (2015, 30) mukaan tieteellisten lehtien tutkimusartikkelien tutkimustulokset ovat yleensä tuoreempia, rajattuja ja kirjoja syvällisempiä. Näissä olevat tiedot ovat myös luotettavia, sillä ne joutuvat läpäisemään tarkan asiantuntija-arvioinnin ennen julkaisemista.

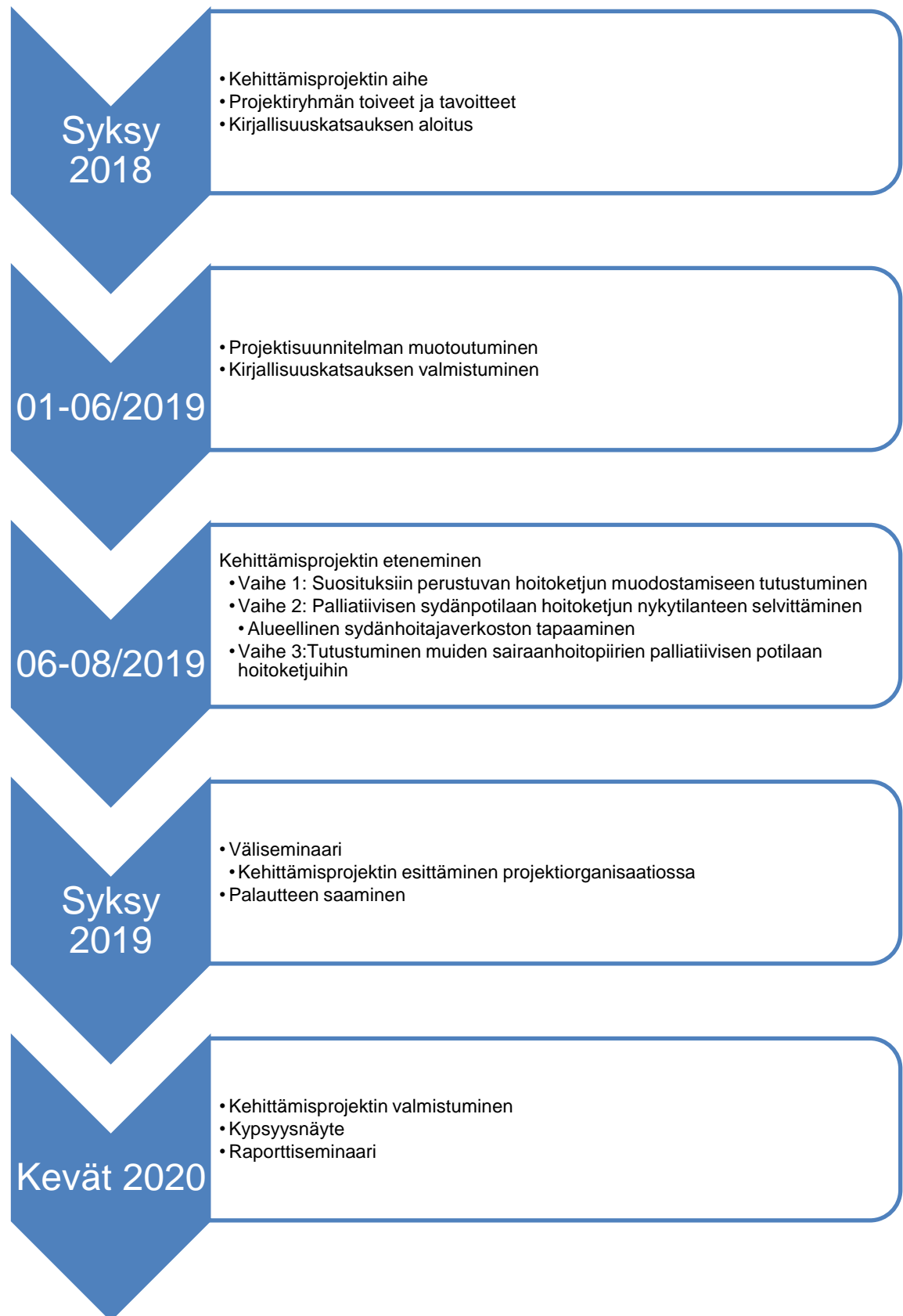
Kehittämisprojektia ohjaa käytännölliset tavoitteet, joihin haetaan tukea teoriasta. Kehittämisprojektissa sovelletaan, muokataan ja luodaan uusia ratkaisuja. Kehittämisprojektin tulosten hyödyllisyys näkyy niiden siirtymisessä käytäntöön ja kehitettyjen ideoiden implementointiin eli toteutukseen. Kehittämisprojekti on ihmisten välistä vuorovaikutusta,

uusien yhteistyösuhteiden rakentamista, kysymysten tutkimista ja muotoilua, tiedon tuottamista, muutoksen hakemista ja ohjaamista, epävarmuuden kohtaamista ja yllättävien haasteiden käsittelyä. (Ojasalo ym. 2015, 20.)

Kehittämiprojektissa käytetään tyypillisesti monenlaisia menetelmiä, joiden avulla saadaan syvälinen, monipuolinen ja kokonaisvaltainen kuva tutkittavasta tapauksesta. Kehittämiprojektissa käytettävien menetelmien avulla aineistot saadaan yleensä kerättyä luonnollisissa tilanteissa havainnoimalla tai analysoimalla kirjallisia aineistoja. (Ojasalo ym. 2015, 54.) Projektisuunnitelman tavoitteen, tarkoituksen ja tuotoksen määrittelyä varten pidettiin palaveri projektiryhmään kuuluvien osasto- ja ylilääkärin kanssa. Palaverissa käytiin läpi projektiryhmän toiveet ja tavoitteet kehittämiprojektin etenemisestä ja tuloksesta kirjallisuuskatsauksen esille tuomiin kysymyksiin peilaten. TYKS Salon sairaalan koordinoivan ylihoitajan toimesta järjestettiin Salon alueen sydänhoitajien verkostotapaaminen sydänpotilaiden hoitoprosessin kehittämistä varten keväällä 2019. Oheinen tapaaminen mahdollisti palliativisen sydänpotilaan hoidon nykytilan selvittelyn osallistavassa työpajassa. Työpajalla tarkoitetaan tapaamista tai tapahtumaa, jossa osallistujat voivat jakaa mielipiteitään, ajatuksiaan, ideoitaan ja tietojaan yhdessä toimien ja keskustellen (Salonen ym. 2017). Oheisessa tapaamisessa kirjattiin esille tulleet ajatukset ja ehdotukset sekä tiedot hoidon nykytilasta allekirjoittaneen toimesta sekä tapaamista johtaneen henkilön toimesta.

Kehittämiprojektin edetessä pidettiin palavereja osastolääkärin, ylilääkärin ja mentorin kesken, jotta kehittämiprojektin etenemisen seuranta ja palautteenanto mahdollistui. Varsinainen kehittämiprojektin lopputulos esitettiin TYKS Salon sairaalan ja Salon kaupungin terveyskeskussairaalan yhteistyöpalaverissa sekä Salon alueen sydänhoitajien verkostotapaamisessa.





Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen

## 5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

### 5.1 Suositukseen perustuvan hoitoketjun muodostaminen

Hoitoketjun muodostaminen lähtee liikkeelle potilasryhmän valinnasta. Hoitoketjua muodostaessa tulee muistaa, että potilas läheisineen on keskeinen toimija omassa hoitoketjussaan. Tällöin hoitoketjun kuvaus alkaa ensimmäisestä yhteydenotosta päättyen jatkohoitoon eli palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun tapauksessa palliatiivisen hoitolinjauksen tekemisestä päättyen potilaan loppuvaiheen hoitoon. (Ketola ym. 2006, 10.)

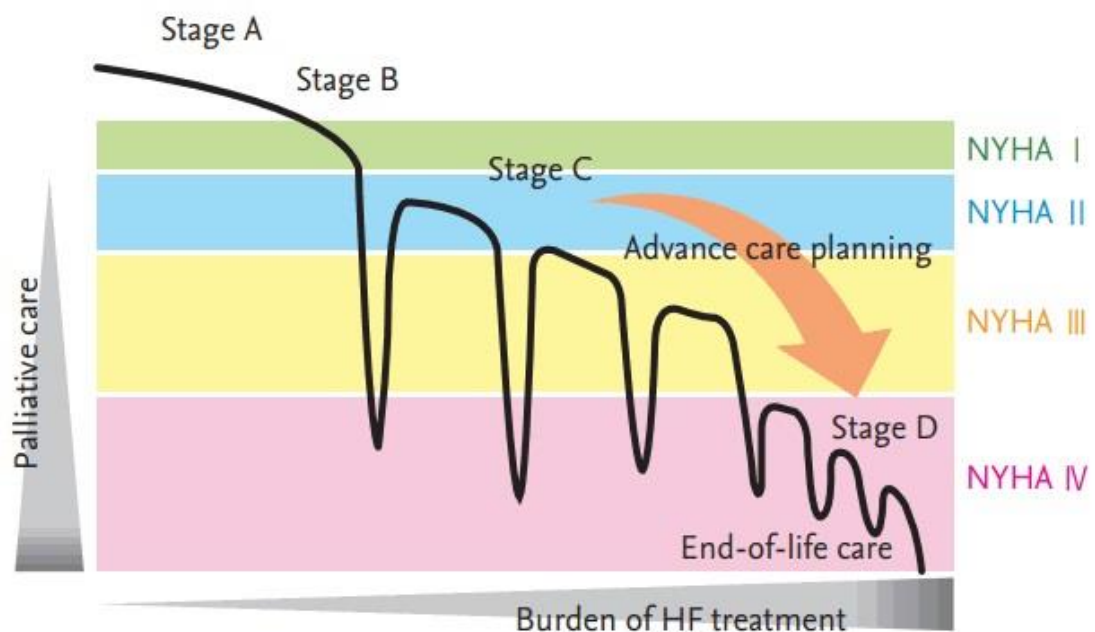
Kehittämiprojektin ensimmäisessä vaiheessa tutustuttiin STM (2010; 2017a; 2019; 2019a) ja Käypä hoito (2017; 2019) -suositukseen perustuvan hoitoketjun muodostamiseen ja tässä huomioitaviin asioihin. STM (2017a, 7; 2019a, 18) suositusten mukaan, jokaisella palliatiivisen hoidon ja saattohoidon piirissä olevalle potilaalle tulee olla mahdollisuus hoitoon pääsyyn kaikkina vuorokauden aikoina. Jokaisella sairaanhoitopiirillä tulee olla palliatiivisen hoidon suunnitelma, jossa kuvataan palveluketju. Palliatiivisen hoidon suunnitelmassa tulee myös kuvata palveluohjaus, lähete- ja konsultaatiokäytännöt, henkilöstön täydennyskoulutussuunnitelma ja suunnitelmien toteutumisen seuranta. Etenevissä sairauksissa palliatiivinen hoito tulisi integroida osaksi sairauden hoitoa riittävään ajoissa. Palliatiivinen hoito perustuu hyvissä ajoissa tehtyyn ennakoivaan hoitosuunnitelmaan. Ennakoiva hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä hoidosta vastaavan lääkärin ja hoitotiimin sekä potilaan, hänen läheistensä tai laillisen edustajan kanssa yhteisymmärryksessä. (STM 2017a.) Ennakoivan hoitosuunnitelman laadinnan yhteydessä keskustellaan ja kirjataan sairauden vaihe, hoitomenetelmät ja niiden tavoitteet, hoitolinjaukset, hoidon rajaukset, hoidosta vastaavat tahot sekä potilaan toiveet ja pelot sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä (Valvira 2018).

Palliatiivinen hoitolinjaus on tarpeellista tehdä, kun hoidon tavoitteena on oireiden lievittäminen ja mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä silloin, kun jäljellä olevan elämän pituuteen ei voida enää vaikuttaa. Palliatiivinen hoitolinjaus sovitaan yhteisymmärryksessä yhdessä potilaan ja potilaan luvalla hänen läheistensä kanssa. *Hoitovastuussa oleva lääkäri kirjaa palliatiivisen hoitolinjauksen potilaan diagnooseihin ICD10 koodilla Z51.5 – Palliatiivinen hoito.* (STM 2017a, 8.)

Käypä hoito -suositus (2017) mukaan sydämen vajaatoiminta potilaan siirtämistä palliativiseen hoitoon tulee harkita, kun

- optimaalisesta lääkehoidosta huolimatta potilaalla toistuvia vajaatoiminnan pahenemisvaiheita sydämen vajaatoiminnan vuoksi (esim. sairaalajaksoja)
- huono elämänlaatu NYHA IV oireiston vuoksi
- arkiaskareissa avuntarve päivittäistä, luokittelussa voidaan käyttää apuna mm Karnofskyn toimintakykyasteikkoa
- sydänsairauden ennuste kliinisin perustein huono
- kardiaalinen kakeksia tai matala S-albumiinipitoisuus
- sydämen siirto tai mekaaninen apupumppu ei ole mahdollinen

Sydämen vajaatoiminnan vaikeusasteen arvioinnissa on katsottu NYHA -asteikon riittämättömyys itsessään. NYHA -asteikko yhdistämällä esim. Karnofskyn toimintakykyasteikkoon saadaan parempi kuva potilaan tilanteesta ja ennusteesta. (Saarto ym. 2015a.) Kuva 3 esittää palliativisen sydänpotilaan oireilun aaltoilua ja pahenemista sairauden edetessä sekä palliativisen hoidon osuuden kasvua suhteutettuna NYHA -asteikkoon (Okumura ym. 2018).



Kuva 3. Palliative and end-of-life care for heart failure patients in an aging society. (Okumura ym. 2018)

Palliativisen hoitolinjauksen teon jälkeen erikoissairaanhoidon vajaatoimintahoitaja tai muu sydänsairauksien hoitoon perehtynyt hoitaja on yhteydessä perusterveydenhuollon sydänhoitajaan potilaan jatkohoidon järjestelyn osalta. Potilaan hoitovastuun siirtyessä toiselle yksikölle, tulee huolehtia hoidon jatkuvuudesta riittävällä tiedonsiirrolla. Palliativisen hoitolinjauksen teon jälkeen tulee perusterveydenhuollon hoitavan lääkärin tehdä hoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Oheiseen hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon tavoite, tarvittavat hoitokeinot ja hoidon rajaukset sekä huomioidaan ennakoiden potilaan kivun ja muiden fyysisten oireiden hoito sekä potilaan ja hänen läheistensä sosiaaliset, psyykkiset ja henkiset tarpeet mahdollisimman kattavasti. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä arvioidaan myös minkä tasoista ja kuinka kiireellistä palliativista hoitoa potilas tarvitsee. (STM 2017a.) Palliativisen hoidon ja saattohoidon Käypä hoito -suosituksesta (2019) löytyvät sairauksittain vaihtelevat hoitosuunnitelman elementit.

Ajantasaisen hoitosuunnitelman merkitys korostuu hoitavan lääkärin vaihtuessa ja erityisesti etäkonsultaatioiden yhteydessä. Kaikille ympärivuorokautisen asumispalvelun piirissä olevilla asukkaille on asianmukaista laatia osana asiakassuunnitelmaa ennakoiva elämän loppuvaiheen suunnitelma. Hoitosuunnitelman tavoitteena on, että ympärivuorokautisessa asumispalvelussa asuvat saavat viettää loppuelämänsä samassa paikassa ilman aiheettomia siirtoja päivystykseen tai sairaalaan. Tämän vuoksi palliativisen hoidon ja saattohoidon erityistason konsultaatiotuki on oltava saatavilla ympäri vuorokauden viikon jokaisena päivänä niihin ympärivuorokautisen asumisen yksiköihin, joissa hoidetaan asukkaat elämänkaaren loppuun saakka. Näissä yksiköissä tulee olla saattohoitoon tarvittavat lääkkeet saatavilla akuuttien tilanteiden hoitamista varten. Tämän mahdollistaminen vaatii sosiaalihuollon lääkehuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevien säädösten ajantasaistamista. (STM 2017a; STM 2019a, 18.)

Palveluketjun keskiössä on palliativisen erityistason kotisairaala. Kotisairaalan tehtävänä on toimia perustason yksiköiden tukena sekä siltana perus- ja erityistason yksiköiden välillä. Kotihoidon piirissä olevat palliativiset potilaat tulee voida tarvittaessa hoitaa yhteistyössä erityistason kotisairaalan kanssa. Näille palliativisille potilaille turvataan voimien heiketessä nopea pääsy tukiosastolle. (STM 2017a; STM 2019a, 18.)

Sydämen vajaatoimintapotilaiden kuolleisuutta ja sairaalahoitojaksoja on saatu vähennettyä palveluohjaustyypisellä hoito- ja seurantajärjestelmällä. Oheisen palveluohjauksen keskeisiä elementtejä ovat kotikäynnit, suunnitellut ja aikataulutetut puhelinseurannat sekä yhteydenoton mahdollisuus hoitajaan, omahoidon ohjaus, painon seuranta ja

lääkityksen tehon arviointi. Omaseurannassa potilas seuraa joko itsenäisesti tai esim. kotihoidon hoitajan avulla painoaan, syketaajuuttaan, verenpainettaan ja oireitaan. (Käypä hoito 2017.)

## 5.2 Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun nykytilanne ja kehittämistoimet Salossa

Kehittämiprojektin toisessa vaiheessa kartoitettiin Salon alueen sydänpotilaan ja palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun tilanne Salon alueen sydänhoitajaverkoston kokouksessa toukokuussa 2019. Osallistavan työpajan avulla kokouksessa käsiteltiin sydänpotilaan hoitoketjun nykytilaa Salon alueella. Osallistavalla työpajalla tarkoitetaan tapaamista, jossa pääpainona on ajatusten, mielipiteiden, tietojen, ideoiden ja näkemysten vaihto keskustellen ja jonka tuloksena syntyy yhteenveto erilaisina tuotoksina (Salonen ym. 2017). Seuraavassa on esitelty osallistavan työpajan tulokset tunnistaen kehittämisen kohteet palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun nykytilanteesta.

### *Erikoissairaanhoidon Salon kardiologisen poliklinikan näkemys nykytilasta ja yhteisesti sovitut kehittämistoimet*

TYKS Salon sairaalan kardiologi toimii itsenäisesti vastaanotolla. Poliklinikan sairaanhoitajat hoitavat potilaita omalla vastaanottollaan poliklinikalla. Potilaan hoidon siirtymisestä perusterveydenhuollon piiriin päättää kardiologi itsenäisesti vastaanotollaan, jolloin kardiologi ohjaa potilasta ottamaan jatkossa yhteyttä omaan perusterveydenhuollonyksikköön jatkoseurantaa varten. Tässä vaiheessa yhteydenoton vastuu jää potilaalle itselleen ja tieto siirtymisestä perusterveydenhuollonpiiriin ei välity eteenpäin kuin potilaan kautta. Kardiologisen poliklinikan sairaanhoitajilla ei ole nykyisillä työskentelytavoilla mahdollisuutta hoitaa potilaan ohjaamista perusterveydenhuollon piiriin.

Kokouksessa sovittiin, että jatkossa sydänpotilaiden hoidon siirtyminen erikoissairaanhoidopiiriin ja perusterveydenhuollon välillä hoidetaan kardiologian poliklinikan sairaanhoitajien välityksellä niin, että kardiologi laittaa poliklinikan sairaanhoitajien määräyskenttään tiedon, että potilas siirtyy perusterveydenhuollon piiriin, jolloin kardiologian sairaanhoitaja on yhteydessä perusterveydenhuollon terveysasemien sydänhoitajiin. Tällöin varmistetaan sydänpotilaan hoidon jatkuvuus.

### *Terveysasemien näkemys nykytilasta ja yhteisesti sovituista kehittämistoimista*

Terveysasemien sydänhoitajat kokivat, että tiedonkulku katkeaa erikoissairaanhoidopiiriin ja perusterveydenhuollon välillä. Potilaan hoidon päättyessä erikoissairaanhoidossa, tieto siirtymisestä perusterveydenhuollon piiriin ei välity terveysasemien sydänhoitajille. Yleensä potilaan siirtyminen perusterveydenhuollon piiriin tulee esille potilaan hakeutuessa laboratoriotutkimuksiin erikoissairaanhoidopiiriin ohjeistuksen mukaan. Koska laboratoriotutkimus ei löydä laboratoriotutkimuksia, joutuu laboratoriotutkimus selvittämään terveysasemilta, mistä on kyse. Tällöin havaitaan potilaan kuuluvan perusterveydenhuollon hoidon piiriin ja potilaan hoidon asioita aloitetaan selvittämään. Mikäli potilas ei toimi erikoissairaanhoidopiiriin ohjeistuksen mukaan, voi potilas jäädä kokonaan ilman jatkohoitoa. Kokouksessa tuotiin esille myös avoterveydenhuollon lääkäreiden mahdollisuus kummikardiologitoimintaan, jossa avoterveydenhuollon lääkärit voivat konsultoida kardiologia sydänpotilaanhoidon osalta.

Kokouksessa sovittiin, että kardiologiselle poliklinikalle annetaan avoterveydenhuollon sydänhoitajien suorat puhelinnumerot potilaan hoitovastuun siirtämiseksi perusterveydenhuoltoon.

### *Terveyskeskussairaalan näkemys nykytilasta ja yhteisesti sovituista kehittämistoimista*

Yhteistyö ja tiedonkulku erikoissairaanhoidopiiriin ja terveyskeskussairaalan osastojen välillä sujuvat pääsääntöisesti hyvin. Potilaan siirtyessä osastolta toiselle tiedot siirtyvät lähetteellä sekä ISBAR-raportin tukemana. Osastolla olevat sydänpotilaat ovat monisairaita ja tämän vuoksi hoito haasteellista. Yhteneväiset hoito-ohjeet puuttuvat ja osastolla ei ole sydänsairauksiin erikoistuneita hoitajia. Sydänpotilaan kotiutuessa sairaalasta on hänellä jälleen riski jäädä sairautensa kanssa yksin, mikäli jatkohoito-ohjeet sairauden hoitoon jäävät saamatta tai tieto jää vajavaiseksi. Terveyskeskussairaalan palliatiivinen poliklinikka ei kykene resursseista johtuen vastaanottamaan palliatiivisia sydänpotilaita kuin vasta saattohoitovaiheessa. Sydänpotilaan palliatiivisen hoitoa antama taho on epäselvä ja paine kohdistuu avoterveydenhuoltoon.

Terveyskeskussairaalan osastoilla tulisi olla sydänpotilaan hoitoon erikoistuneita hoitajia. Sydänpotilaan hoidon jatkuvuutta tulee kehittää osastolta kotiutumisen yhteydessä ja tämän jälkeen. Jatkossa on tärkeää raportoida esimerkiksi kotihoidon tehtävistä sydänpotilaan hoidon seurannassa kotona. Myös potilaan omaohjauksen kehittäminen

osastojakson aikana on tärkeää. Palliativisen sydänpotilaan hoitava taho tulee jatkossa selvittää.

### *Kotihoidon ja hoivakotien näkemys nykytilasta*

Kotihoito koki tiedonsiirron siirtymisen erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä toimivan hyvin. Kotihoidon piirissä on 11%:a yli 65 -vuotiaasta väestöstä. Kotihoidossa on tärkeää kiinnittää huomiota sydänpotilaan yleiseen voinnin seurantaan ja arviointiin, kuten verenpaineen ja painon säännölliseen seurantaan. Kotihoidon sydänhoitajaverkoston jäsenet kuitenkin kokevat, että tietoa ja ymmärrystä tulee sydänpotilaan voinnin seurannasta edelleen jakaa ja painottaa kaikilla kotihoidon alueilla.

Kotihoitoon tulisi saada yhteneväiset ohjeistukset, joiden avulla potilaan sairauden etenemiseen voidaan ajoissa reagoida ja kotona pärjääminen jatkossakin onnistuu. Tätä varten tulisi kehittää yhteneväiset hoito-ohjeistukset sydänpotilaan hoitoon.

Hoivakodeissa asuu ihmisiä, joilla on erilaisia sydänsairauksia. Sydämentahdistinpotilaat käyvät kontroleissa ja yhteistyö erikoissairaanhoidopiirin ja hoivakodin välillä toimii hyvin. Myös intervallijaksoilla käy ihmisiä, joiden sydäntaustasta tulee olla tietoisia. Isolla osalla hoivakodeissa asuvilla on kuitenkin DNR-päätös.

Hoivakodeissa tulisi olla ohjeistukset sydänpotilaan tilanteen säännölliseen seurantaan. Sairauden tilanteen muuttuessa, tulisi olla selkeät ohjeistukset esimerkiksi nesteenpoistolääkityksen titraukseen. Jatkossa tulisi kehittää yhteneväiset ohjeistukset sydänpotilaan hoitoon, joiden avulla potilaan sairauden tilanteen pahenemiseen voidaan puuttua ajoissa ja potilas kyetään hoitamaan omassa kodissaan.

### 5.3 Sairaanhoitopiirien sydänpotilaan hoitoketjuja

Kehittämiprojektin kolmannessa vaiheessa perehdyttiin toisten sairaanhoitopiirien sydänpotilaiden hoitoketjuihin. Sairaanhoitopiirien sydänpotilaiden hoitoketjujen ja palliativisten hoitoketjujen yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia vertailtiin keskenään ja peilattiin olemassa olevaan teoriaan sekä suosituksiin. Näiden avulla muodostettiin yhteneväinen kokonaisuus palliativisen sydänpotilaan hoitoketjuun.

Sydänpotilaan ja ensisijaisesti kroonisen sydämen vajaatoimintaa kärsivän potilaan hoitoketjuja on kehitetty Pohjois-Savon, Siun-Soten, HUS-Hyvinkään, Keski-Suomen ja Hyvinkään sairaanhoitopiireissä sekä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä. Hoitoketjuissa on käsitelty palliativisen potilaan hoidon vastuutahot sekä näiden tehtävät sairauden hoidon eri vaiheissa. Hoitoketjut perustuvat virallisiin suosituksiin, kuten Käypä hoito ja STM -suosituksiin. Hoitoketjujen ydinperiaate on kaikissa samanlainen, ainoastaan toteutuksessa on resursseista johtuvia eroja. Oheisissa sairaanhoitopiireissä väestöpohja on erilainen ja STM (2019) määrittelemän palliativisen hoidon kolmiportaisen mallin mukaisen hoidonporrastuksen tarjoamat mahdollisuudet erilaiset. Tässä kehittämissuorituksessa verrattiin oheisia hoitoketjujen malleja keskenään ja luotiin paikallisiin resursseihin ja suosituksiin perustuva sähköinen hoitoketjun malli.

Kehittämissuorituksessa omat ratkaisut ja tuotettu tieto rakennetaan olemassa olevan tiedon päälle. Käytännön kehittämissuorituksessa hyödynnetään olemassa olevia aiheeseen liittyviä teorioita ja näistä muodostuvaa tietoperustaa. Kehittämissuorituksessa saavutetut tulokset ja dokumentoitu tieto tulisi kyetä liittämään teoreettiseen tietoon. Kehittämissuorituksessa uusi tieto syntyy niissä ympäristöissä, joissa varsinainen toiminta tapahtuu. Tällöin syntyvä tieto nousee aidosta käytännön toiminnasta ja tarpeesta ratkaista ongelmia. (Ojasalo ym. 2015, 21-22.)

Sairaanhoitopiirien hoitoketjujen ja STM ja Käypä hoito -suositusten perusteella määriteltiin hoitoketjujen eri tahojen vastuut ja tehtävät. Erikoissairaanhoitopiiriin tehtävänä on palliativisen hoitolinjauksen teko, palliativiseen jatkohoitoon siirtäminen ja yhteyshenkilöiden informoiminen perusterveydenhuollossa sekä tarvittaessa konsultaatioapu perusterveydenhuollolle ja palliativisen hoidon erikoistoimenpiteet. Potilaan siirtyessä oireenmukaiseen hoitoon perusterveydenhuollon piiriin, tulee erikoissairaanhoitopiiriin lääkärin tarkistaa potilaan lääkelista ajantasaiseksi oireenmukaiseksi hoidoksi sekä karsia ylimääräiset lääkkeet lääkelistalta pois.

Perusterveydenhuollolla on päähoitovastuu palliativisten potilaiden oireenmukaisesta hoidosta hoitolinjauksen teon jälkeen, mikäli hoito on toteutettavissa perusterveydenhuollossa. Palliativista hoitoa voidaan antaa terveyskeskuksen vuodeosastolla, avoterveydenhuollossa, kotihoidossa, kotisairaalassa, vanhain- ja hoivakodissa. Potilaan siirtyessä perusterveydenhuollon piiriin, vastuu potilaan sosiaalietuuksien hoidosta siirtyy mukana.



## 6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOS

Projektin tavoitteena oli luoda palliatiivisen sydänpotilaan alueellinen hoitoketjun malli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalle Salon seudulle. Projektin tarkoituksena oli selvittää palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun nykytilanne, tarkastella muiden erikoissairaanhoidopiirien ja perusterveydenhuollon yhdyspinnan palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjuja sekä laatia oheisiin hoitoketjuihin ja suosituksiin perustuva palliatiivisen sydänpotilaan alueellinen hoitoketjun malli erikoissairaanhoidopiirin ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalle.

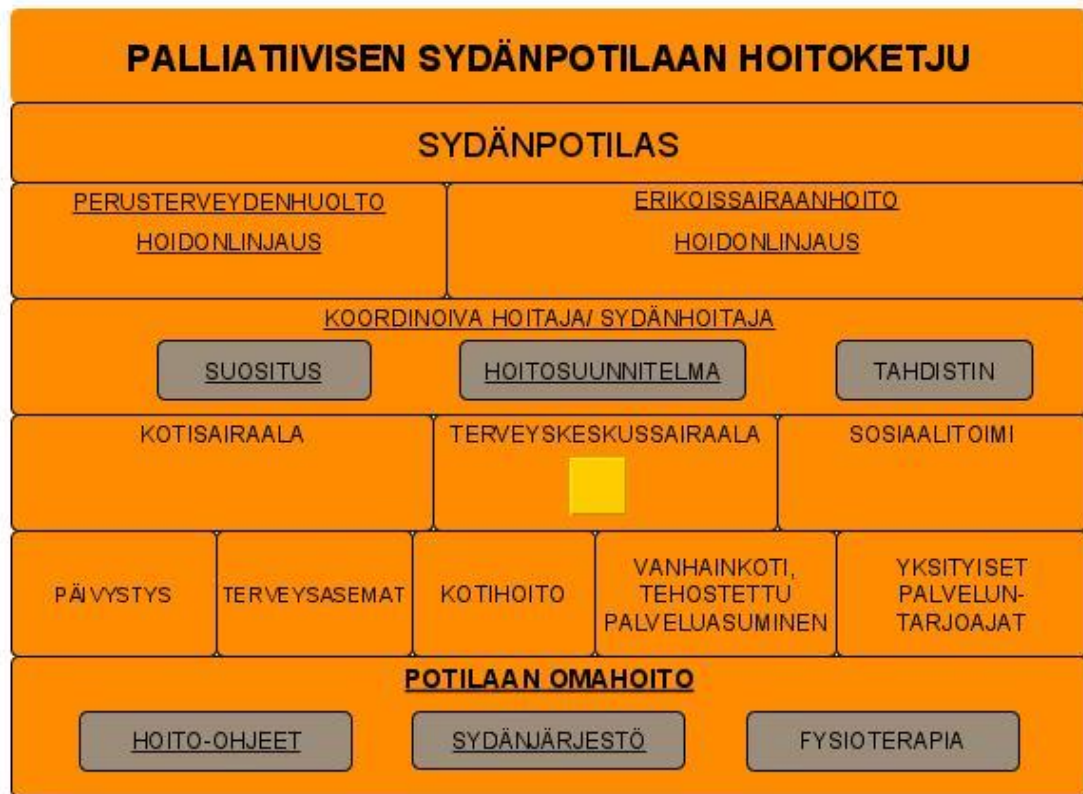
Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun luomisessa sähköiseen muotoon käytettiin Duodecim Terveysportin interaktiivisten hoitoketjujen tekemiseen suositeltua ilmaisohjelmaa yEd Graph Editoria. Oheisen ohjelman avulla hoitoketjun eri vaiheisiin linkitettiin palliatiivisen sydänpotilaan hoitoon liittyvät Käypä hoito -suositukset, STM:n suosituksen mukaiset liitteet sekä paikalliset olemassa olevat hoito-ohjeet. Valmistunut hoitoketju on mahdollista jakaa html -versiona kaikille sitä tarvitseville.

Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjuja ei ole muodostettu muissa sairaanhoitopiireissä. Sairaanhoitopiireistä löytyi palliatiivisen ja saattohoito potilaan hoitoketjuja, jotka keskittyivät ensisijaisesti syöpäpotilaan hoitoon sekä sydänpotilaan hoitoketjuja, kuten sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketju. Oheisten hoitoketjujen antaman mallin mukaan sekä STM ja Käypä hoito -suositusten perusteella muodostettiin hahmotelma sähköisestä hoitoketjukuvauksesta palliatiivisen sydänpotilaan hoitoon (Kuvio 2.). Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun keskiössä on potilas. Tärkeintä hoitoketjussa on, että potilaan hoitoketju on saumaton ja tämä ei pääse katkeamaan. Sähköisen hoitoketjun avulla mahdollistetaan suositusten mukainen potilaan hoitoketjun muodostaminen. Oheiseen hoitoketjuun on linkitetty viralliset suositukset palliatiivisen sydänpotilaan hoitoon. Oheisiin suosituksiin pääsee klikkaamalla, jokaisen laatikon sisässä olevaa linkkiä.



Kuvio 2. Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketju.

Oheisen palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjuun on lisätty hoitoketju -linkki, josta pääsee palliatiivisen sydänpotilaan alueelliseen hoitoketjuun. Oheiseen hoitoketjuun on tarkoituksena jatkossa lisätä paikalliset ohjeistukset esimerkiksi kotihoidossa olevan palliatiivisen sydänpotilaan hoitoon. Alueellisen palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketju on kuvattu kuviossa 3. Oheinen hoitoketju on mahdollista ottaa käyttöön myös eri sairaanhoidopiirien hoitoketjukuvauksiin ja avoimena mallina sitä pystytään soveltamaan omiin alueellisiin resursseihin.



Kuvio 3. Palliatiivisen sydänpotilaan alueellinen hoitoketju.

Tämän kehittämisprojektin tuotos toimii taustamateriaalina tulevalle palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun muodostamiselle. Varsinaisen hoitoketjun muodostamista varten tulee jatkossa koota moniammatillinen työryhmä kooltaan 4-10 jäsentä, jossa osallistujia on eri ammattiryhmistä. Hoitoketjun muodostaminen ja ylläpitäminen edellyttää, että potilaalla on nimetty lääkäri ja hoitaja, jotka koordinoivat potilaan hoitoa yhdessä. On myös tärkeää, että hoitoketjua koordinoisi asiantuntijahoitaja, joka toimii yhdyshenkilönä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yksiköiden välillä. Oheisen asiantuntijahoitajan tehtävänä on koota eri yksiköiden vastaavien henkilöiden yhteystiedot rekisteriin, organisoida hoitoketjun kuvaamiseen liittyvät tapaamiset sekä järjestää hoitoketjuihin liittyviä informaatio- ja koulutustilaisuuksia. (Ketola ym. 2006, 10.) Kehittämisprojektin valmistumisen jälkeen hoitoketjuun saadaan lisättyä vastuuhenkilöiden nimet ja yhteystiedot sekä hoito-ohjeistukset potilaan hoitoon ja omahoitoon.

## 6.1 Kehittämiprojektin tuotoksen tarkastelu

Hoitoketjun tärkeimpänä tehtävänä on vastuunotto potilaan hoidon järjestämisestä. Hoitoketjussa kuvataan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja muiden hoitoon osallistuvien organisaatioiden tehtävät ja työnjako. Hoitoketjussa on olennaisen tärkeää, että joku hallitsee potilaan hoidon kokonaisuuden ja kykenee yhteisymmärryksessä potilaan itsensä kanssa koordinoimaan hoitoa. (Ketola ym. 2006.) Palliatiivisen potilaan hoitoa ohjaa tuore STM:n (2019a) suositus palliatiivisen hoidon palvelun tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa.

Tässä kehittämiprojektissa muodostettiin hahmotelma sähköisestä hoitoketjun mallista perustuen STM ja Käypä hoito -suositusten suosituksiin sekä sairaanhoitopiirien valmiisiin hoitoketjuihin. Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjuja ei kehittämiprojektin aikana löytynyt kuin ainoastaan yhdestä sairaanhoitopiiristä ja tämäkin suppeassa muodossa. Palliatiivisen ja saattohoitopotilaan sekä sydänpotilaan alueellisia hoitoketjuja löytyi useampi, joiden perusteella hahmoteltiin palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketju peilaten oheisiin suosituksiin. Valmistunutta hoitoketjun mallia on tarkoitus jatkossa kehittää paikallisten resurssien mukaan tulevaisuudessa projektiryhmissä palliatiivisen sydänpotilaan hoitoketjun muodostamisessa.

Tässä kehittämiprojektissa päästiin alkuvaiheessa määriteltyyn tavoitteeseen. Tavoitteena oli luoda palliatiivisen sydänpotilaan alueellinen hoitoketjun malli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdyspinnalle Salon seudulle. Jokaisella erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueella on omat hoito-ohjeistukset sydänpotilaan hoitoon. Oheiset hoito-ohjeistukset on mahdollista alueittain liittää oheiseen alueelliseen hoitoketjun malliin. Mikäli palliatiivisen sydänpotilaan hoitoon tarkoitettuja hoito-ohjeistuksia ei ole saatavilla, tulee näitä kehittää alueittain esimerkiksi opinnäytetyön merkeissä.

## 7 KEHITTÄMISPROJEKTIN JOHTOPÄÄTÖS

Palliativisen sydänpotilaan hoitolinjauksen tekemisessä, hoidon jatkuvuudessa sekä koordinoinnissa on suuria puutteita niin Suomessa kuin ulkomailla. Kroonista ja etenevää sydänsairautta sairastavan sydänpotilaan hoitolinjauksen sekä -suunnitelman puuttuminen aiheuttaa potilaalle ja hänen läheiselleen epävarmuutta, turhia päivystyskäynnejä ja sairaalahoitajaksoja. Hoitolinjauksen ja -suunnitelman tekeminen on hoitavalle lääkärille haastavaa sairauden aaltoilevan luonteen vuoksi. Hoitolinjauksen sekä -suunnitelman puuttumisen vuoksi potilas on epätietoinen sairauden loppuvaiheen hoitavasta tahosta ja jää tämän vuoksi herkästi yksin sairautensa kanssa. On tärkeää jatkossa kyetä tekemään yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa palliativinen hoitolinjaus Sydämen vajaatoiminta käypä hoito -suosituksen palliativisen sydänpotilaan kriteereiden täytyessä. Tässä kehittämissuunnitelmassa käytetyissä tutkimuksissa osoitettiin, että sydänpotilaan saadessa palliativista hoitoa, päivystyskäynnit ja sairaalahoitajakset vähenivät, oireiden hallinta sekä loppuelämän elämän laatu parantuivat.

Palliativisten sydänpotilaiden oireiden hoidossa on omat erityispiirteensä aaltoilevan oireilun vuoksi, jonka vuoksi oheiset potilaat rasittavat terveydenhuollon resursseja. Oheiset erityispiirteet asettavat sydänpotilaita hoitavalle hoitotiimille omat erityisvaatimuksensa. Hoitotiimissä tulee olla sydänpotilaan sekä palliativiseen hoitoon erikoistuneita hoitoalan ammattilaisia, joita koordinoi palliativiseen sydänpotilaan hoitoon erikoistunut hoitaja. Oheisen hoitotiimin avulla potilaan ja hänen läheistensä epävarmuus sairauden etenemisestä ja hoidosta, hoitavasta tahosta ja hoidon jatkuvuudesta saadaan hälvennettyä ja loppuelämän laatu paranee. Jotta tämä mahdollistuu, tulee palliativisen sydänpotilaan hoitoketjuja muodostaa moniammatillisissa yhteistyöprojekteissa sairaanhoitopiireittäin. Onnistuneen ja saumattoman hoitoketjun avulla säästetään terveydenhuollon kustannuksia, kun palliativisen sydänpotilaan hoito on tasapainossa ja turhat päivystyskäynnit ja sairaalajakset vähentyvät.

### 7.1 Kehittämissuunnitelman eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyössä noudatetaan hyviä toimintatapoja eli kehittämissuunnitelma tulee tehdä rehellisesti ja vilpittömästi. Kehittäjien tulee noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-

menetelmiä eli hyvää käytäntöä. Hyvä käytäntö tiedonhankinnassa tarkoittaa, että tiedonhankinta perustuu oman alan tieteellisen kirjallisuuden tuntemukseen, asianmukaisiin tietolähteisiin, kuten ammattikirjallisuuteen sekä havaintoihin ja oman tutkimuksen analysointiin. Kehittämiprojektia tehdessään kehittäjän tulee kunnioittaa toisten töitä ja saavutuksia. Tämä tarkoittaa, että toisten tutkijoiden/kehittäjien saavutukset kirjataan tarkoin lähdeviittein tekstissä ja esittämällä omat ja toisten tutkijoiden tulokset oikeassa valossa. Hyvän käytännön mukaan kehittäjä osoittaa tiedonhankinnan, menetelmien ja tulosten johdonmukaista hallintaa. Kehittämistyön on tuotettava uutta tietoa tai esitettävä, miten vanhaa tietoa voidaan yhdistellä ja hyödyntää uudella tavalla. (Vilka 2015.)

Tämä kehittämisprojektin tekemisessä on käytetty hyvää tieteellistä käytäntöä. Tiedonhaku on suoritettu systemaattisesti ja tiedonhankinnassa on käytetty asianmukaista ammattikirjallisuutta sekä hakukoneita, kuten Terveystietokanta, Cinahl, Cochrane Library, PubMed Medline, Google scholar ym. Kehittämisprojektissa käytetyt artikkelit ovat aikaväliltä 2006-2020, jolloin kehittämisprojektiin valikoidut artikkelit ja tutkimukset ovat olleet mahdollisimman tuoreita. Kehittämisprojektiin valitut artikkelit ja tutkimukset ovat kriittisesti arvioituja sekä vertaisarvioituja. Kehittämisprojektin tekemisessä on käytetty asianmukaisia lähdeviitteitä ja käytettyjen tutkimusten tulokset on esitetty oikeassa valossa. Varsinainen kehittämisprojekti perustuu suosituksiin ja olemassa oleviin hoitoketjuihin, jotka ovat saatavilla internet versioina ja jaettu tämän työn lähteissä. Verkostotapaamisissa mukana olleiden henkilöiden henkilöllisyyttä ei ole tuotu esille kehittämisprojektiä tehdessä ja varsinaisesta aiheesta on keskusteltu verkostotapaamisessa yleisluonnollisesti ja keskitytty kehittämään itse hoitoprosessia.

Luotettavuus on keskeinen tunnusmerkki tieteellisessä tiedossa. Luotettavuus kohdistuu tutkimusmenetelmiin, -prosessiin ja -tuloksiin. Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuus määräytyy reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla ja laadullisessa tutkimuksessa useimmiten vakuuttavuuden käsitteen avulla. Kehittämistyössä luotettavuus tarkoittaa puolestaan käyttökelpoisuutta. Kehittämistyössä ei riitä, että tuotos on todenmukainen vaan tämän tulee olla myös hyödyllinen. Kehittämistyössä ja kehittämisen tulosten käyttökelpoisuuden näkökulmasta ei ole välttämätöntä raportoida luotettavuutta tieteellisen tutkimuksen kriteereiden mukaisesti. Näitä kolmea luotettavuuden näkökulmaa voidaan kuitenkin soveltaa myös kehittämistoimintaan. Tutkimukselliset asetelmat ja pyrkimys luotettavaan tiedonantoon palvelevat myös kehittämisprosesseja sekä näiden tulosten siirrettävyyttä. (Toikko & Rantanen 2009, 121-122, 159.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan on vakuutettava tiedeyhteisö tekemällä näkyviksi tutkimusta koskettavat valinnat ja tulkinnat. Tutkijan on esitettävä aineistonsa mahdollisimman avoimesti vakuuttaakseen tiedeyhteisön tutkimuksen pätevyydestä. Vakuuttavuus on keskeinen luotettavuuden kriteeri uskottavuuden ja johdonmukaisuuden kanssa. Kehittämistyössä oheisten luotettavuuden näkökulmien lisäksi voidaan ottaa huomioon myös projektiorganisaation sitoutuminen projektiin. Kehittämistyö on luonteeltaan sosiaalinen prosessi, jossa kehittäjät osallistuvat toimintaan ja toimijat kehittämiseen. Kehittämistyön aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuutta heikentää kehittäjien ja toimijoiden sitoutumattomuus projektiin. (Toikko & Rantanen 2009, 123.) Tässä kehittämistyössä on tuotu esille käytetyt lähteet sekä tutkimukset avoimesti. Käytettyjen tutkimusten tulokset on tarkastettavissa viittausten ja lähdeviitteiden kautta ja näin tämän työn luotettavuus paranee. Projektiorganisaation sitoutumattomuus kehittämisprojektin etenemisessä olisi voinut heikentää työn luotettavuutta. Kehittämisprojektin luotettavuus kuitenkin säilyi, koska varsinainen työ perustui virallisiin suosituksiin sekä tutkimuksiin, joihin ei ole mahdollista vaikuttaa projektiorganisaation kautta. Näin projektipäällikkö on kyennyt tuottamaan luotettavan hoitoketjun alueellisen mallin tulevaa kehittämistyötä varten.

Kehittämistyössä luotettavuus tarkoittaa ensisijaisesti käyttökelpoisuutta. Käyttökelpoisuutta voidaan tarkastella kehittämistulosten tai prosessinäkökulmista. Kehittämisprojektissa on keskeistä, että miten hyvin arviointia ja sen aineistoja pystytään hyödyntämään projektin ohjaamisessa ja tavoitteiden täsmentämisessä. Luotettavuus varmentuu käyttökelpoisuuden näkökulmasta, mikäli kehittämisen tutkimuksellisessa ohjauksessa on onnistuttu eli onko tuotetut aineistot ja näistä tehdyt tulkinnat tarkoituksenmukaisia ja onko kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tuotokset hyödynnettävissä. (Toikko & Rantanen 2009, 125-126.) Tässä kehittämisprojektissa on pyritty käyttämään saatavilla olevia aineistoja kattavasti. Aineistojen avulla on kyetty osoittamaan kehittämisprojektin tärkeys ja välttämättömyys. Projektissa käytetyt suositukset antavat selkeät raamit siihen, miten hoitoketju tulee muodostaa ja mitä hoitoketjun muodostamisessa tulee huomioida. Näin muodostunut hoitoketjun malli on tarkoituksen mukainen, käyttökelpoinen ja jatkohyödynnettävissä tulevan hoitoketjun luomisessa.

## 8 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSIN JA TUOTOKSEN ARVIOINTI

Tämä kehittämisprojekti lähti liikkeelle tarpeesta kehittää palliatiivisen sydänpotilaan hoidon jatkuvuutta Salon alueella. Haluttiin selvittää, miten palliatiivisen hoidon piirissä olevat sydänpotilaat tunnistetaan, miten heidät ohjataan terveyskeskussairaalan hoidon piiriin ja mitkä ovat palliatiivisen sydänpotilaan hoitohenkilökunnan osaamisvaatimukset.

Kehittämisprojektin aiheen perusteella tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa saatiin osoitettua kehittämisprojektin tärkeys. Palliatiivisen sydänpotilaan hoitoa ja sen jatkuvuutta on tutkittu laajalti maailmanlaajuisesti. Nämä tutkimukset antoivat selkeän kuvan siitä, että sydänpotilaalle tulee tehdä ajoissa palliatiivinen hoitolinjaus, jolloin sydänpotilaan hoidon jatkuvuus voidaan taata. Sydänpotilaan palliatiivisen hoidon tarve tiedostetaan maailmanlaajuisesti ja vaikka palliatiivista hoitoa olisi saatavilla, vain kourallinen potilaista ohjataan palliatiivisen hoidon piiriin. Sydänpotilaan hoidon ennusteen epävarmuus on yksi syy, miksi palliatiivisia hoitolinjauksia ei tehdä helposti. Palliatiivisen hoitolinjauksen tekeminen on hoitavalle lääkärille vaikeaa ja jatkossa onkin tärkeää kannustaa ja tukea hoitavia lääkäreitä palliatiivisten hoitolinjauksien tekemisessä. Tässä työssä käytetyt tutkimukset osoittivat myös palliatiivisen hoitolinjauksien teon tärkeyden. Ajoissa tehty palliatiivinen hoitolinjaus vähentää sydänpotilaan sairaalajaksoja, auttaa oireen hallinnassa ja loppuelämän laatu paranee. (O’Hanlon & Harding 2011; Cheang ym. 2014; Hawley 2017; Riley & Beattle 2017; Çamcı & Oğuz 2018; Den Herder-van der Eerden ym. 2018.)

Kehittämisprojektin aiheen saamisen ja kirjallisuuskatsauksen teon jälkeen määriteltiin projektille tavoite yhteisessä tapaamisessa projektiorganisaation kanssa. Projektiorganisaation kanssa sovittiin, että kehittämisprojekti tulee perustumaan jo olemassa oleviin hoitoketjuihin sekä suosituksiin ja toimii taustaselvittelynä tulevaa hoitoketju työskentelyä varten. Samassa tapaamisessa sovittiin, että kehittämisprojekti jäi projektipäällikön vastuulle kehitettäväksi projektiorganisaatioon kuuluvien valtavan työmäärän vuoksi.

Kehittämisprojektissa oli kolme vaihetta, joiden jokaisen tavoitteena oli etsiä taustatietoa hoitoketjun mallin muodostusta varten. Ensimmäisessä vaiheessa tutustuttiin palliatiivisen potilaan ja sydänpotilaan hoitosuosituksiin. Suosituksia löytyi palliatiivisen ja saattohoito potilaan hoitoon ja sydänpotilaan hoitoon yleisluonnollisesti sekä sairauksittain. Palliatiivisen hoidon saatavuutta ja hoitoa ohjaa STM:n (2017a; 2019) suositukset palliatiivisen ja saattohoidon järjestämisestä. Toisessa vaiheessa selvitettiin osallistavan



työpajan avulla sydänpotilaan hoidon nykytilanne ja hoidon kehittämisideat alueellisessa sydänhoitajaverkoston tapaamisessa. Oheisessa tapaamisessa saatiin määriteltyä moniammatillisessa työpajassa sydänpotilaan hoidon nykytilanne, ongelmat ja luotua ratkaisuehdotuksia tilanteen korjaamiseksi. Alueellinen sydänhoitajaverkoston tapaamiset jatkuvat sydänpotilaan hoitoprosessin kehittämisen merkeissä. Vaiheessa kolme tutustuttiin sairaanhoitopiirien sydänpotilaiden hoitopolkuihin. Hoitoketju palliatiivisen sydänpotilaan hoitoon löytyi vain yhdestä sairaanhoitopiiristä ja tämäkin melko suppeassa muodossa. Tämän vuoksi varsinainen hoitoketjun malli muodostettiin yhdistelemällä suosituksista saatua ohjeistusta ja sydänpotilaan sekä palliatiivisen ja saattohoito potilaan hoitoketjuja. Oheisten vaiheiden avulla alueellinen hoitoketjun malli perustuu tutkituun ja toimivaan tietoon.

Kehittämisprojekti eteni projektipäällikön toimesta projektille asetetun tavoitteen mukaisesti. Vaikka projektityö jäikin projektipäällikön harteille, projektille annettuihin tavoitteisiin päästiin. Kehittämisprojekti kehitti projektipäällikön itseohjautuvuutta ja periksiantamattomuutta haastavassa kehittämisprojektissa. Tämän kehittämisprojektin kautta projektipäällikön asiantuntijuus kasvoi palliatiivisen ja saattohoito potilaan ja sydänpotilaan hoidossa. Kasvanut asiantuntijuus antaa tulevaisuudessa mahdollisuuden osallistua palliatiivisen sydänpotilaan hoidon kehittämiseen. Kehittämisprojekti valmistui ajallaan ja valmistunut työ esitettiin kehittämisprojektissa mukana olleille yhteisissä yhteistyöpala-vereissa.

Valmistuneen kehittämisprojektin sähköinen hoitoketjun malli toimii taustatyönä ja antaa pohjan varsinaiselle tulevalle hoitoketjun muodostamiselle. Valmis kehittämisprojektin malli voidaan jatkossa implementoida sopimaan paikallisten resurssien mukaiseksi. Kehittämisprojektin hoitoketjujen malleja on mahdollista ottaa käytäntöön myös muiden sairaanhoitopiirien hoitoketjuja suunniteltaessa.

## LÄHTEET

Brennan, E. 2018. Chronic heart failure nursing: integrated multidisciplinary care. *British Journal of Nursing*, Vol. 27, No: 12, 681 – 688.

Çamcı, G., & Oğuz, S. (2018). Integrating palliative care in heart failure: A review article. *Journal of Human Sciences*, Vol. 15, No: 2, 1348-1354. Viitattu 17.10.2019 doi:10.14687/jhs.v15i2.5360.

Cheang, M.; Rose, G.; Cheung, C-C. & Thomas, M. 2014. Current challenges in palliative care provision for heart failure in the UK: a survey on the perspectives of palliative care professionals. *Open Heart*, Vol. 2, No: 1. Viitattu 25.2.2020 <https://openheart.bmj.com/content/2/1/e000188>.

Chow, J. & Senderovich, H. 2018. It's time to talk: Challenges in providing integrated palliative care in advanced congestive heart failure. A narrative review. *Current Cardiology Reviews*, 2018, Vol. 14, 128-137. Viitattu 18.1.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29366424>.

Den Herder-Van der Eerden, M.; Hasselaar, J.; Payne, S.; Varey, S.; Schwabe, S.; Radbruch, L.; Van Beek, K.; Menten, J.; Busa, C.; Csikos, A.; Vissers, K. & Groot, M. 2017. How continuity of care is experienced within the context of integrated palliative care: A qualitative study with patients and family caregivers in five European countries. *Palliative Medicine*, Vol. 31, No: 10, 946–955. Viitattu 18.1.2020 <https://doi.org/10.1177/0269216317697898>.

Den Herder-Van der Eerden, M.; Ebenau, A.; Payne, S.; Preston, N.; Radbruch, L.; Linge-Dahl, L.; Csikos, A.; Busa, C.; Van Beek, K.; Groot, M.; Vissers, K. & Hasselaar, J. 2018. Integrated palliative care networks from the perspectives of patients: A cross-sectional explorative study in five European countries. *Palliative Medicine*, Vol. 32, No: 6, 1103–1113.

Drewry, K.; Yates, L.; Birchall, A.; Barnett, D.; Buckley, N.; Warriner, M.; O'Toole, L & Al-Mohammad, A. 2012. Sheffield's nurse-led heart failure clinic: the patients' opinions. *The British Journal of Cardiology*. Vol. 19, No: 4, 180-183. Viitattu 17.10.2019 <https://bjcardio.co.uk/2012/11/sheffields-nurse-led-heart-failure-clinic-the-patients-opinions/>.

Frankenstein, L.; Fröhlich, H. & Cleland, J. 2015. Multidisciplinary Approach for Patients Hospitalized With Heart Failure. *Evista Española de Cardiología*, Vol. 68, No: 10. Viitattu 25.2.2020 <https://www.revespcardiol.org/es-multidisciplinary-approach-for-patients-hospitalized-articulo-S1885585715002303?redirect=true#bib0850>.

Gadoud, A.; Kane, E.; Macleod, U.; Ansell, P.; Oliver, S. & Johnson M. 2014. Palliative Care among Heart Failure Patients in Primary Care: A Comparison to Cancer Patients Using English Family Practice Data. *PloS One*, Vol. 9. Viitattu 18.1.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244094/>.

Gelfman, L.; Kavalieratos, D.; Teuteberg, W.; Lala, A. & Golgstein, N. 2017. Primary palliative care for heart failure: What is it? How do we implement it?. Viitattu 18.1.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5591756/pdf/nihms858918.pdf>.

Hawley, P. 2017. Barriers to Access to Palliative Care. *Palliative Care*, Vol .10. Viitattu 18.1.2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5398324/>.

Hotokka, M. 2017. Vajaatoiminnan hoito kehittyä. Viitattu 25.10.2019 <https://sydan.fi/vajaatoiminnan-hoito-kehitty/>.

Hudson, B.; Best, S.; Stone, P. & Noble, T. 2019. Impact of informational and relational continuity for people with palliative care needs: a mixed methods rapid review. *BMJ Open*. Viitattu 18.11.2019 doi: 10.1136/bmjopen-2018-027323.

HUS-Hyvinkää. 2016. Sydämen vajaatoiminnan hoitoketju. Viitattu 15.10.2019 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/shp01138?toc=1188>.

Huusko, J.; Kurki, S.; Toppila, I.; Purmonen, T.; Lassenius, M.; Gullberg, E.; Wirta, S. & Ukkonen, P. 2019. Heart failure in Finland: clinical characteristics, mortality, and healthcare resource use. *EXC Heart Failure* 2019, Vol. 6, 603-612. Viitattu 25.10.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6676304/>.

Ivany, E. 2015. Understanding palliative care needs in heart failure. *British Journal of Cardiac Nursing*. Vol. 10 No: 7, 348-353. Viitattu 25.10.2019 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=f0e5735e-861d-4702-8208-643059402b68%40sessionmgr103>.

Kavalieratos, D.; Gelfman, L.; Tycon, L.; Riegal, B.; Bekelman, D.; Ikejiani, D.; Goldstein, N.; Kimmel, S.; Bakitas, M. & Arnold, R. 2017. Integration of Palliative Care in Heart Failure: Rationale, Evidence, and Future Priorities. Viitattu 18.11.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5731659/pdf/nihms901276.pdf>.

Ketola, E.; Mäntyranta, T.; Mäkinen, R.; Voipio-Pulkki, L-M.; Kaila, M.; Tulonen-Tapio, J.; Nuutinen, M.; Aalto, P.; Kortekangas, P. Brander, P. & Komulainen, J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi - opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Kettunen, R. 2018. Sydämen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 25.10.2019 [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00084](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084).

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2016. Sydämen vajaatoiminnan hoitoketju Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Viitattu 15.10.2019 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/shp00987?toc=1041>.

Koivisto, J.; Pohjola, P.; Lyytikäinen, M.; Liukko, E. & Luoto, E. 2016. Ratkaisuja palveluiden yhteensovittamiseen. Innokylän innovaatiokatsaus. Viitattu 15.10.2019 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131490/URN\\_ISBN\\_978-952-302-769-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131490/URN_ISBN_978-952-302-769-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Lehto, J.; Marjamäki, E. & Saarto, T. 2019. Elämän loppuvaiheen ennakoiva hoitosuunnitelma. *Duodecim* 2019, Vol. 135, 335-342.

LeMond, L. & Allen, L. 2011. Palliative Care and Hospice in Advanced Heart Failure. *Prog Cardiovasc Disc*. Vol. 54, 168-178. Viitattu 15.10.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786355/>.

Mustonen, P. 2015. Palliatiivinen hoito. Sydämen vajaatoiminnan etiologia, esiintyvyys ja ennuste. *Oppiportti*. Viitattu 15.10.2019 <http://www.oppiportti.fi/op/pli00184/do>.

Myllymäki, K. 2006. Terveyskeskus 2015 – terveyskeskustyön tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56. Viitattu 17.2.2020 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70709/Selv200656.pdf?sequence=1>.

Nieminen, T. & Strandberg, T. 2015. Sydämen vajaatoimintaa on tärkeää ehkäistä nyt. *Suomen lääkärilehti* 36/2015 vsk 70. Viitattu 15.10.2019 <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/sydamen-vajaatoimintaaon-tarkeaa-ehkaista-nyt/>.

O'Hanlon, D. & Harding, R. 2011. Are specialist heart failure nurses currently able to provide palliative care to their patients? *Progress in Palliative Care*, Vol. 19, No: 4, 165-171.

Ojasalo, K.; Moilanen, T. & Ritakoski, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 4. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Okumura, T.; Sawamura, A. & Murohara, T. 2018. Palliative and end-of-life care for heart failure patients in an aging society. *The Korean Journal of Internal Medicine*, Vol. 33, No: 6, 1039-1049. Viitattu 24.2.2020 <http://kjim.org/journal/view.php?number=170071>.
- Paavilainen, S.; Haaristo, L.; Laine, H. & Huovinen, N. 2019. Sydänpotilaan parhaaksi. *Sairaanhoitaja* 07/2019. Viitattu 12.1.2020 <https://shlehti.sairaanhoitajat.fi/share/14347/1025de>.
- Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. 2019. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 18.10.2019 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50063>.
- Partanen, L. & Lommi, J. 2006. Moniammatillisella yhteistyöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. *Duodecim* 2006; 122:2009–16. Viitattu 18.10.2019 <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2006/16/duo95939>.
- Pedrao, T.; Brunori, E.; Santos, E.; Bezerra, A. & Simonetti, S. 2018. Nursing diagnoses and interventions for cardiological patients in palliative care. *Journal of Nursing*, Vol. 12, No: 11, 3038-3045. Viitattu 24.2.2020 <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234933>.
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. 2014. Sydämen vajaatoiminnan hoitoketju Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä. Viitattu 15.10.2019 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/shp00967?toc=1060>.
- Potilashoidon vuosikertomus. 2016. Sydänkeskus. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 15.10.2019 <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Sydankeskus-phvk-2016.pdf>.
- Price, A. & Jones, I. 2013. Heart failure and the need for high-quality end-of-life care. *British Journal of Cardiac Nursing*, Vol. 8, No: 7, 332-337.
- Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. 2019. Sydämen vajaatoiminnan hoitoketju. Viitattu 15.10.2019 <https://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01295.pdf>.
- Riley, J. & Beattle, J. 2017. Palliative care in heart failure: facts and numbers. *Esc heart failure* Vol. 4, 81-87. Viitattu 16.10.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396035/>.
- Rimpiläinen, R & Akural, A. 2007. Palliativinen hoito elämän loppuvaiheissa. *Finnanest*. 2007, 40. Viitattu 16.10.2019 [http://www.finnanest.fi/files/rimpilainen\\_palliativinen.pdf](http://www.finnanest.fi/files/rimpilainen_palliativinen.pdf).
- Ruuska, K. 2006. Terveystenhuollon projektinhallinta. Helsinki: Talentum oyj.
- Saarto, T. 2013. Saattohoitoketjut selkiintyvät sairaanhoitopiireissä. *Duodecim* 2013; 129:381–2 Viitattu 3.12.2018 <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo10827>.
- Saarto, T.; Hänninen, J.; Antikainen, R. & Vainio, A. 2015a. Palliativinen hoito. *Duodecim* artikkeli. Viitattu 25.2.2019 <http://www.oppoportti.fi/op/opk04604>.
- Saarto, T.; Hänninen, J.; Antikainen, R. & Vainio, A. 2015b. Palliativinen hoito. 3. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Salo. 2019. Terveyskeskussairaala. <https://www.salo.fi/sosiaalijaterveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat/terveyskeskussairaala/>. Viitattu 2.5.2019.
- Salonen, K.; Eloranta, S.; Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 108. Turku: Turun ammattikorkeakoulu
- Siouta, N.; Clement, P.; Aertgeerts, B.; Van Beek, K. & Menten, J. 2018. Professionals' perceptions and current practices of integrated palliative care in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study in Belgium. *BMC Palliative Care* Vol. 17, No: 103

Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. 2019. Palliatiivisen potilaan palveluketju Pohjois-Karjalassa. Luettu 30.3.2019 [https://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p\\_.artikkeli=shp01177](https://www.terveysportti.fi/dtk/shp/avaa?p_.artikkeli=shp01177).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Viitattu 25.2.2019 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71949/URN%3aNBN%3afe201504225791.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:44. Viitattu 5.12.2018 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliatiivisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 190/2017. Päivitetty 10.1.2018. Viitattu 24.2.2019 [https://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa](https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/suositus-saattohoitoa-ja-palliatiivista-hoitoa-saatava-yhdenvertaisesti-koko-suomessa).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Alueellinen kartoitus ja ehdotuksia laadun ja saatavuuden parantamiseksi. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon tila Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:14. Viitattu 5.3.2019 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161396>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019a. Suositus palliatiivisen hoidon palveluiden tuottamisesta ja laadun parantamisesta Suomessa. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:68. Viitattu 1.1.2020 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161946>.

Spilsbury, K.; Rosenwax, L.; Arendts, G. & Semmens, J. 2017. The impact of community-based palliative care on acute hospital use in the last year of life is modified by time to death, age and underlying cause of death. A population-based retrospective cohort study. Plos One. Viitattu 1.1.2020 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0185275>.

Sydämen vajaatoiminta. Käypä hoito -suositus. 2017. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 24.2.2019 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50113#T13>.

Tansey, P. 2010. Counting the cost of heart failure to the patient, the nurse and the NHS. British Journal of Nursing. Vol 19, No: 22.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. No 176. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 17.2.2020 [https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/8048/isbn\\_978-952-476-187-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/8048/isbn_978-952-476-187-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Viitattu 24.2.2019 <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautien-yleisyys>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Elämän loppuvaiheen hoito. Hoidon järjestäminen. Päivitetty 29.11.2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 25.2.2019 <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/elaman-loppuvaiheen-hoito/hoidon-jarjestaminen#Saattohoidon%20j%C3%A4rjest%C3%A4misen%20kustannukset>.

The World Health Organization. (n.a.). WHO Definition of Palliative Care. Viitattu 24.2.2019 <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

The World Health Organization. 2014. Worldwide palliative care alliance. WHO Global Atlas of palliative care at the End of Life. Viitattu 24.2.2019 [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf).

Tilvis, R. & Antikainen, R. 2015. Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliatiivinen hoito. Suomen lääkärilehti. 36/2015 VSK 70.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

TYKS. 2019. Sydänpoliklinikka Salo. <http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/salon-aluesairaala/osastot-ja-poliklinikat/Sivut/kardiologinen-poliklinikka.aspx>. Viitattu 2.5.2019.

Vaasan sairaanhoitopiiri. 2016. Palliatiivisen hoidon toimintamalli Vaasan sairaanhoitopiirin alueella. Viitattu 15.10.2019 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/shp01208?toc=105483>.

Valvira. 2018. Elämän loppuvaiheen hoito. Viitattu 15.10.2019 [https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito](https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito).

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

yEd Graph Editor. yWorks. <https://www.yworks.com/products/yed>.